LA CHARTE DE BANGKOK

Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé ?

Sous la coordination de
Étienne van Steenberghe et Denis St-Amand

Réseau francophone international pour la promotion de la santé - RÉFIPS

Collection PARTAGE

La responsabilité de cette publication

Charte de Bangkok :
Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé ?

a été confiée à la section des Amériques du Réseau francophone international pour la promotion à la santé.

Sous la coordination de :
Étienne van Steenberghe et Denis St-Amand
Assistés de Marie-Dominique Charier

COMITE DE REDACTION ET DE LECTURE

Marie-Dominique Charier
Réseau francophone internationale de promotion de la santé - RÉFIPS

David Houéto
Unité d'éducation pour la santé, RESO - École de santé publique / Université catholique de Louvain en Belgique.

Denis St-Amand
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux AQESSS

Étienne van Steenberghe
Unité d'éducation pour la santé, RESO - École de santé publique / Université catholique de Louvain en Belgique.

Carine Villemagne
Université de Sherbrooke (Québec).

Collaboration spéciale :
Michel O'Neill
Faculté des Sciences infirmières, Université Laval (Québec)
Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé - UIPES

ADRESSE DE CONTACT

Réseau francophone international pour la promotion de la santé - RÉFIPS
Section des Amériques
4126, rue St Denis – bureau 200
Montréal (Qc) H2W 2M5 - Canada
Téléphone : (514) 937-1227

SUPPORT TECHNIQUE

Révision linguistique : Reine Côté
Infographie et mise en page : Alicia Donnay

CETTE ÉDITION A ÉTÉ RÉALISÉE DANS LES ATELIERS DE
Imprimerie Lanaudière
JOLIETTE (QC) *Tél.:* **450 759-7930** • *Mtl direct :* **450 586-6123**

Dépôt légal : octobre 2006 (Montréal - Canada)
Nº de dépôt : ISBN 2-9804155-1
Bibliothèque nationale du Québec, 2006
Bibliothèque nationale du Canada, 2006

Les auteurs endossent l'entière responsabilité de leurs propos. Toute reproduction d'article – ou d'extraits d'article - est autorisée à la condition exclusive que la référence complète de sa publication dans la collection « Partage » soit mentionnée.

La publication de ce document a été rendue possible grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Service sociaux du Québec
www.msss.gouv.qc.ca

Santé et Services sociaux Québec

Ainsi que la collaboration de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
www.aqesss.qc.ca

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE d'établissements de santé et de services sociaux

Coût pour la version papier:
Membres RÉFIPS: 5$ - non-membres: 8$ - Institutions : 10$
Téléchargement gratuit sur : www.refips.org

PREFACE

Je me réjouis en tant que directeur national de santé publique que la section des Amériques du Réseau francophone international de promotion de la santé (RÉFIPS) ait pris l'initiative de réaliser une publication spéciale suite à l'adoption de la Charte de Bangkok par les participants à la 6e conférence internationale de promotion de la santé.

Cette Charte est considérée comme un engagement collectif pour la santé et le bien-être qui construit sur les valeurs, principes et stratégies établis par la Charte d'Ottawa. Nous avons donc le devoir de nous l'approprier, de nous engager dans une réflexion sur les principaux enjeux liés au développement de la santé et du bien-être en vue d'agir sur les principaux déterminants qui conditionnent la santé des populations sur les différents continents.

Des textes originaux ont été rassemblés en vue d'ouvrir la voie sur l'échange, la discussion et l'analyse critique du contenu de cette Charte au sein de la francophonie. Dans une perspective de santé publique, la Charte de Bangkok devrait permettre de consolider l'ensemble des actions déjà entreprises dans les différents réseaux d'acteurs en promotion de la santé et favoriser de nouvelles initiatives.

Bangkok constitue une fenêtre d'opportunités pour marquer la nécessité et l'urgence d'agir notamment à travers les quatre engagements qu'elle propose aux niveaux international et national et dans les communautés et entreprises. À ce titre, nous pouvons, chacune et chacun de nous, dans nos milieux respectifs exercer un leadership, créer des alliances et enfin soutenir les initiatives des milieux afin de réaliser ce défi en promotion de la santé.

La démarche entreprise par le RÉFIPS interpelle donc tous ceux et celles qui sont engagés dans l'action et qui croient que « produire la santé » réside davantage dans l'environnement économique, physique et social, les politiques publiques et les gestes de solidarité.

Alain Poirier
Directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint
Québec

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de cette publication, et tout d'abord les auteurs qui, par la qualité de leur texte, l'originalité et le caractère personnel de leurs points de vue ont concouru à créer un espace francophone de discussion et de réflexion autour de la Charte de Bangkok.

Des remerciements sont adressés à Étienne van Steenberghe pour son remarquable travail en tant que promoteur et coordonnateur de ce projet ainsi qu'aux membres du comité de rédaction et de lecture qui ont généreusement donné de leur temps pour sélectionner, analyser et commenter les textes. Les textes retenus ont été sélectionnés parmi la trentaine de contributions que nous avons reçues.

La section des Amériques du RÉFIPS (Réseau francophone international pour la promotion de la santé), particulièrement les membres du conseil d'administration et sa coordonnatrice Marie Dominique Charier, a joué un rôle important dans le projet pour l'initier et stimuler la participation des membres de plusieurs sections du Réseau. Soulignons que sa réalisation a été possible grâce au soutien financier de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qui, depuis plus de 15 ans, accorde sa confiance au RÉFIPS pour l'essor de la promotion de la santé en francophonie.
Le document a été produit en étroite collaboration avec l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux à qui s'adressent aussi ces remerciements.

Au départ, ce projet se voulait un numéro spécial de la Lettre en Ligne de la section des Amériques. Il a par la suite évolué vers une publication éditée dans la collection « Partage » du RÉFIPS, contribuant ainsi à relancer cette collection dans sa dimension d'espace francophone de discussion et d'échange d'expertise professionnelle en promotion de la santé.

Bonne lecture et merci à tous les contributeurs de ce projet.
N'hésitez pas à poursuivre la réflexion. Le RÉFIPS vous y invite entre autres via son site Internet.

Hélène Valentini
Présidente du conseil d'administration
Réseau francophone international pour la promotion de la santé

SOMMAIRE

- **Éditorial**
  van Steenberghe Étienne et St-Amand Denis. **8**

- **1 Analyses** **14**
  - La Charte de Bangkok : une utopie supplémentaire pour « guider » nos actions, *van Steenberghe Étienne et Deccache Alain* **14**
  - Les « Chartes d'Ottawa et de Bangkok » : y a-t-il une différence ?, *Boucher Danielle.* **24**
  - Le profit de la santé et la santé du profit. De l'analyse discursive à l'examen des faits, *Desîlets Christian.* **34**
  - Pertinence de la Charte pour les intervenants(es) sur le terrain, *Boulet Sylvie.* **43**
  - La Charte de Bangkok, dans le contexte africain francophone, était-elle nécessaire ?, *Houéto David.* **49**
  - Quelques défis de la mise en œuvre de la Charte de Bangkok en Afrique francophone, *Ridde Valéry et Seck Awa.* **57**

- **2 Points de vue** **63**
  - La Charte de Bangkok : quel est le véritable enjeu ? *Chabot Guylaine.* **63**
  - Implications pratiques de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé dans les pays du Sud, *Rumenge Nt. Alain.* **66**
  - L'environnement oublié à Bangkok, *Bouttin Véronique.* **68**
  - Les commentaires du Conseil supérieur de promotion de la santé de la Communauté française de Belgique sur la Charte de Bangkok. **71**

- **Conclusion**
  van Steenberghe Étienne et St-Amand Denis **76**

- **Annexes**
  - 1- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. **80**
  - 2- Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. **86**

- **Notes personnelles** **94**

EDITORIAL

La Charte de promotion de la santé de Bangkok a été adoptée le 11 août 2005 par les participants à la 6e conférence internationale de promotion de la santé. Sa rédaction a été motivée par l'importance croissante de la promotion de la santé à un niveau international et par le souhait d'impliquer l'ensemble des décideurs afin que la promotion de la santé soit reconnue comme un élément essentiel pour faire face aux défis de ce 21e siècle. Elle confirme l'importance de la Charte d'Ottawa de 1986, réaffirme ses valeurs, ses principes et son orientation stratégique générale tout en donnant de nouvelles perspectives à la promotion de la santé.

Le Réseau francophone international pour la promotion de la santé - RÉFIPS a pris l'initiative de réaliser une publication spéciale regroupant des textes originaux ouvrant ainsi la voie à l'échange, la discussion et à l'analyse critique du contenu de cette Charte au sein de la francophonie. Il nous faut reconnaître que l'élaboration du contenu de la Charte de Bangkok est le résultat du travail de beaucoup d'organisations, de réseaux et de personnalités dans de nombreux pays. Elle a suscité de nombreux débats critiques sur plusieurs forums de discussion à travers par exemple : le *Reviews of Health Promotion and Education Online* de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), le réseau *Health Promotion on the Internet* de l'Université de York (Canada) ou encore la liste de discussion *Social Determinants of Health.*

En juin 2005, le Conseil d'administration de la section des Amériques du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS) prend l'initiative de cette publication dans le but d'offrir une diversité de points de vue sur la « nouvelle » Charte de promotion de la santé. Par ailleurs, les membres du Conseil ont décidé que ce document devait s'inscrire comme « outils » à la préparation, entre autres, de deux ateliers animés par des membres du réseau : le premier dans le cadre des Journées annuelles de santé publique du Québec (Canada - Montréal, octobre 2006), et le deuxième lors de la dix-neuvième conférence de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (Canada - Vancouver, juin 2007).

Avec cette publication, l'objectif initial était de susciter une réflexion critique à l'égard des différentes orientations de la Charte de Bangkok au regard de nos pratiques de promotion de la santé - voire d'amener une dimension polémique. Cependant, au cours de la réalisation de ce projet, nous avons découvert que beaucoup d'intervenants ignoraient l'existence même de la Charte de Bangkok et son contenu.

Dès lors, il nous paraissait intéressant de la faire connaître.
Au départ, différentes questions ont été soulevées :

- Quelles sont les raisons qui ont conduit à la mise en place d'une deuxième Charte en promotion de la santé ?
- Les intervenants en promotion de la santé sont-ils informés sur la Charte de Bangkok ?
- La Charte d'Ottawa serait-elle devenue non opérationnelle ?
- Pourquoi cette multiplication de déclarations internationales ?
- Quelle utilité pour la Charte de Bangkok au regard de celle d'Ottawa ?

Les textes se regroupent sous deux grandes rubriques préalablement déterminées :

1. Analyse.
Dans cette section, les auteurs partagent leur analyse sur le contenu global de la Charte.

2. Points de vue.
Il s'agit de petits textes sur un ou plusieurs aspects pratiques de la promotion de la santé au regard de la Charte de Bangkok.

Analyse du contenu de la Charte

Comme premier texte, Étienne van Steenberghe et Alain Deccache nous rappellent brièvement le cheminement historique de la promotion de la santé à travers plusieurs documents officiels. On pourrait probablement se demander pourquoi le contenu de la Charte de Bangkok a suscité un tel débat alors que la plupart des Déclarations antérieures sont souvent passées inaperçues. Son regard se porte ensuite sur la place des inégalités sociales, de l'environnement et de l'éducation pour la santé. Ils s'étonnent notamment que les termes d'éducation pour la santé ne soient plus repris. Pour ces auteurs, la plupart des discours officiels ne constituent finalement qu'une utopie supplémentaire pour « guider » nos actions.

Pour sa part, Danielle Boucher se questionne sur la différence entre la Charte d'Ottawa et de Bangkok même si le contexte mondial a changé. Elle nous propose son analyse comparative des principaux éléments de contenu des deux documents : soit la définition de la promotion de la santé, les principes, les stratégies et les engagements. Cette auteure relève le peu de différences significatives. Cependant, « la Charte de Bangkok insiste (…) sur la dimension politique de la santé en réclamant une cohérence politique, des investissements monétaires et la formation de partenariats entre les gouvernements, la société civile et le secteur privé…»

Christian Desîlets aborde dans son texte l'idée de ce partenariat avec le secteur privé en promotion de la santé, et donc toute la marchandisation de la santé. Il pose clairement la question des perceptions qui le conditionne tout en estimant que le débat est de nature plutôt idéologique et irrationnelle.

Pour Sylvie Boulet, le contexte mondial de la promotion de la santé a, sans aucun doute, changé. En ce sens, la nouvelle Charte tend à vouloir ré-actualiser la Charte d'Ottawa. Elle constate qu'une place importante a été accordée aux pays en développement, et que ceux-ci ont été pleinement associés au processus qui a conduit au contenu final de la Charte de Bangkok. Ces propos semblent partagés par d'autres auteurs.

Aussi en tant qu'intervenante en milieu communautaire, elle mentionne que la Charte de Bangkok met une certaine emphase sur l'action en utilisant des verbes comme « revendiquer, investir, bâtir ». Alors que la Charte d'Ottawa mettait largement la priorité sur l'action communautaire, cette auteure nous rappelle que « la place du secteur privé (…) est une nouvelle orientation par rapport au document d'Ottawa et ne fait pas l'unanimité ».

De son côté, David Houéto se demande s'il était nécessaire de rédiger une nouvelle Charte de promotion de la santé. Pour lui, la Charte d'Ottawa reste le cadre fondamental de ce champ ; un cadre qui a considérablement « influencé le développement de la santé dans nombre de pays ». Cet auteur rappelle que lors de la Conférence d'Ottawa en 1986 aucun pays du sud n'était représenté. Dès lors, la promotion de la santé n'a pas connu de véritable essor dans la plupart des pays africains. Ces propos sont largement recoupés avec les commentaires d'Alain Nt. Rumenge, dont le texte est présenté dans la section « regards » de notre publication. Pour David Houéto, « la Charte de Bangkok jouera (…) un rôle dans l'enracinement de la promotion de la santé dans des pays comme ceux de l'Afrique ».

Le texte de Valéry Ridde et Awa Seck va dans le même sens. En outre, ils relèvent trois défis essentiels pour le développement de la promotion de la santé sur le continent africain : trouver une place à la promotion de la santé, faire connaître et partager des connaissances adaptées au contexte africain, et favoriser la participation de tous les acteurs concernés. Ils notent également que les informations sont essentiellement diffusées vers l'Afrique anglophone. Mais au delà de l'accès à une information francophone, c'est sans doute toute la question de l'apport culturel porté entre autre par la pratique linguistique qui se pose également

Points de vue sur des aspects pratiques

Les propos de Guylaine Chabot rejoignent ceux des auteurs précédents. Elle se pose la question de la nécessité de mettre en place une nouvelle Charte qui reprend globalement les principes de la « Charte-mère ». Pour elle, la question du dédoublement se pose clairement et « risque de créer deux clans » pouvant conduire à « une perte de crédibilité pour ce champs (…) de la promotion de la santé ».

Dans le même sens, le Conseil supérieur de promotion de la santé de la Communauté française de Belgique se questionne sur la dénomination de « Charte ». N'aurait-il pas mieux valu « un moyen terme entre charte et déclaration » interroge d'entrée de jeux ce texte. Par ailleurs, la place et le rôle du secteur privé dans la promotion de la santé est un élément central des commentaires du Conseil supérieur de promotion de la santé. Il rappelle que « l'objectif primordial du secteur privé est de faire un maximum de bénéfices», et donc cela suppose de mettre en place un système de « contrôle ou de réglementations ». Derrière tout cela émerge sans doute un ensemble de questions qui touche à la fois des fondements éthiques et d'équité.

Dans son texte, Alain Nt. Rumenge porte un regard sur la promotion de la santé dans les pays dits du tiers-monde. Il pose clairement la question de l'implication pratique de la Charte de Bangkok, « élaborée par des cadres » qui s'appuient souvent « sur les réalités des pays développés » et trouvent ainsi peu d'ancrage dans la réalité africaine. À sa manière, il se demande si on peut vraiment parler de promotion de la santé dans certains pays du tiers-monde, ou si ce « n'est qu'un leurre d'esprit ». Ce texte apparaît d'autant plus interpellant quand on a lu précédemment Valéry Ridde et Awa Seck ainsi que David Houéto.

Véronique Bouttin dans son texte met l'accent sur l'environnement comme oubli majeur dans les discussions de Bangkok. Elle précise que « l'environnement et la promotion de la santé restent encore confinés dans des sphères trop largement hermétiques l'une à l'autre ». Or, les liens entre la santé et l'environnement ne sont plus à démontrer. Dans un monde qui « a en face de lui des défis majeurs », l'auteure s'inquiète de l'absence d'emphase sur la santé environnementale (santé et environnement). Cet avis est également partagé par Étienne van Steenberghe.

Poursuivre la débat

Ce projet de publication s'inscrit pleinement dans la dynamique du Réseau francophone international pour la promotion de la santé - RÉFIPS. En effet, ce réseau propose à l'ensemble des professionnels et personnels de la promotion de la santé un espace interdisciplinaire de communication, d'échanges, d'entraide et de développement de connaissances. Il vise à créer des liens de collaboration et de synergie entre les intervenants de la Francophonie qui oeuvrent dans le domaine de la promotion de la santé ; à favoriser la diffusion et la discussion autour de thématiques et de projets en promotion de la santé; à diffuser l'information relative aux événements, rencontres et formations qui ont trait à la promotion de la santé. Il est devenu le réseau fédérateur du monde de la promotion de la santé en francophonie depuis une quinzaine d'année [fondé en 1992].

L'ensemble des textes repris dans les pages suivantes permet de poser un regard critique sur la Charte de Bangkok, chaque auteur amenant son analyse en lien avec sa pratique ou ses champs d'intérêt. La diversité des points de vue favorise la poursuite des échanges sur le sujet en vue de la consolidation de la promotion de la santé dans un monde qui en a tant besoin. C'est d'ailleurs dans cette perspective que le RÉFIPS inscrit cette publication.

Avec l'ensemble de ses membres, le réseau francophone international de promotion de la santé contribue chaque jour à la construction de la santé d'aujourd'hui et de demain.

Bonne lecture !

Étienne van Steenberghe
Denis St-Amand

[1]

ANALYSES

LA CHARTE DE BANGKOK

Une utopie supplémentaire pour guider nos actions.

Étienne van Steenberghe et Alain Deccache

La mauvaise santé piège les pauvres
et la pauvreté les maintient en mauvaise santé
(Dr Ebrahim Samba)

La Charte d'Ottawa de promotion de la santé a vingt ans. Il s'agit d'un véritable texte pionnier en promotion de la santé. Mais depuis le monde a changé. L'idée d'une nouvelle Charte se manifestait sans doute de plus en plus.
Un regard dans le temps montre que beaucoup d'éléments contenus dans la Charte de Bangkok se trouvaient déjà mentionnés dans les textes de déclarations antérieures. Et comme le signale Michel O'Neill (2005), depuis la Charte d'Ottawa, bien peu d'audience leur ont été accordées. Dès lors, il nous paraît important dans un premier temps, d'explorer l'évolution du champ de la promotion de la santé à travers plusieurs documents officiels pour mieux comprendre les différents enjeux actuels. Ce rapide survol nous amènera à porter un regard critique autour de trois axes qui nous semblent particulièrement importants en promotion de la santé : 1) la réduction des inégalités sociales de santé, 2) la création ou le maintien d'environnements bénéfiques pour la santé et, 3) le renforcement de l'éducation pour la santé.

Du livre blanc à Bangkok : un lien constant avec la société

L'approche dénommée « promotion de la santé » trouve une part de ses racines en 1974, dans le « Livre blanc » du Gouvernement fédéral canadien, intitulé : Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (Rapport Lalonde). Ce document soutenait qu'en modifiant le mode de vie ou l'environnement physique et social, on n'arriverait probablement à améliorer davantage la santé qu'en investissant plus d'argent dans les systèmes existants de prestation de soins. C'était la toute première fois qu'un gouvernement national reconnaissait officiellement l'existence de facteurs autres que la médecine conventionnelle et

que les soins de santé pouvaient avoir un impact majeur sur la santé humaine (Bhatti et Hamilton, 2002). Ce rapport canadien mettait ainsi l'emphase sur le style de vie et les comportements quotidiens tels que l'activité physique, la nutrition, le tabagisme.

La philosophie du Rapport Lalonde va fortement inspirer la Déclaration d'Alma-Ata (1978). Celle-ci attire l'attention sur les conditions sociales sous-jacentes qui déterminent l'état de santé. « La santé pour tous d'ici l'an 2000 » devient le nouvel objectif mondial. La Conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire va engendrer une mobilisation pour la promotion de la santé publique, mouvement qui mènera huit ans plus tard à l'élaboration de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, en novembre 1986.

Au milieu des années 1980, on a commencé à s'inquiéter davantage des limites d'une approche axée essentiellement sur les comportements personnels. Il est ainsi devenu de plus en plus évident que des conditions d'ordre structurel telles que la pauvreté, le chômage, la discrimination, les logements insalubres et la pollution avaient également une influence majeure sur la santé des personnes (Bhatti et Hamilton, 2002). Avec une telle perspective, toute approche de santé est censée s'appuyer sur la population et suppose de multiples interventions ainsi que l'implication de plusieurs secteurs.

La Charte d'Ottawa (1986 - texte intégral en annexe) va, quant à elle, apporter des « balises » pour des actions en promotion de la santé. Santé publique, promotion de la santé, approche communautaire, éducation pour la santé… Voilà autant de concepts et de pratiques qui sont dorénavant institués et encouragés par l'Organisation mondiale de la santé. La promotion de la santé y sera définie comme « le processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Elle est fondée sur une approche centrée sur les comportements individuels visant ainsi le développement et le maintien d'habitudes de vie saines, sur une prise de conscience socio-écologique en promouvant la création d'environnements favorable à la santé et sur la mise en œuvre de politique améliorant la qualité de vie. Cependant, comme le signale Brixi, Sandrin-Berthon et Baudier (1997), en relisant la Charte d'Ottawa, certains passages peuvent nous paraître abstraits… et imprégnés d'un certain idéal utopique. On y relève entre autres que de nombreuses mesures dépassent largement le cadre de la vision traditionnelle de la santé publique et amène le développement d'interventions pour mettre en place des mesures fondamentales qui sont perçues comme extérieures au champ de la santé : se loger, pouvoir accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, etc.

La Conférence d'Adélaïde, en 1988, réaffirme clairement que la santé est un droit fondamental de l'homme. Elle recommande aux gouvernements de « promouvoir » la santé en l'intégrant dans tous les secteurs de la vie publique. Les participants signalent la nécessité, pour les gouvernements, de créer de nouvelles alliances afin de « promouvoir » la santé avec des partenaires tels que des entreprises, des syndicats, des organisations non

gouvernementales et des mouvements associatifs. L'équité en matière de santé et d'accès aux services de santé est largement promue. Cette notion d'équité signifie que la personne a droit à un traitement « juste », sans aucune discrimination. Deux autres points sont par ailleurs ciblés comme prioritaires lors de cette Conférence : l'accès pour tous à des quantités suffisantes d'aliments sains et la mise en place d'environnements favorables.

Trois ans plus tard, la Conférence de Sundsvall en Suède (1991) a remis en lumière le lien essentiel entre la santé et l'environnement. Elle précède de peu la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (Sommet de la Terre) qui s'est tenue en juin 1992, à Rio, où l'accent a été mis sur l'habitat humain, sur la protection de l'environnement pour lui-même, mais aussi pour la survie humaine. La santé et le bien-être des populations sont en lien direct avec cet environnement (Barton et Tsourou, 2004). Cette rencontre a abouti à la rédaction d'un programme d'action intitulé : Agenda 21. Ce document contient de nombreuses références à la santé. D'ailleurs, le chapitre 6 est entièrement consacré à la « protection et à la promotion de la santé humaine ». On y prône la mise en place d'actions intersectorielles - et donc d'interventions pluridisciplinaires - pour permettre un développement harmonieux. Ce document, peu connu par les professionnels de la santé, mentionne que si les personnes ne sont pas en santé, il ne peut y avoir de « développement durable ». Par ailleurs, on y met aussi en évidence le lien entre la pauvreté et l'environnement.

En 1997, avec son titre, « De nouveaux acteurs pour une nouvelle époque », la Conférence de Jakarta, illustre bien les changements socio-économique mondiaux. Trois points de débat sont soulevés ; 1- créer de nouvelles alliances pour réduire les inégalités de santé, 2- relever les approches concluantes pour renforcer la promotion de la santé, 3- définir des priorités pour que les interventions donnent de meilleurs résultats en matière de santé. Cette conférence sera déterminante pour la création de collaborations avec le secteur privé. Kickbusch déclare en 1997 : « Nous devons créer des alliances à tous les niveaux, de sorte que les progrès réalisés à l'échelle mondiale puissent être exploités à l'échelon local. L'engagement de tous les secteurs de la société civile s'impose si nous voulons relever le défi de la santé pour tous ». Certaines orientations s'inscrivent dans le contexte d'une période de compressions financières et de justifications accrues des programmes axés sur les préalables sous-jacents de la santé tels que les initiatives développées pour des logements abordables et un revenu de base adéquat (Bhatti et Hamilton, 2002).

La Déclaration du Mexico (2000) a poussé les acteurs de terrain à favoriser la responsabilité sociale de la santé, à augmenter la capacité communautaire en matière de santé, à consolider la promotion de la santé dans toutes les politiques de santé.

En août 2005, la Conférence de Bangkok aboutit à une nouvelle Charte de promotion de la santé qui se positionne en complémentarité avec la Charte d'Ottawa. Théoriquement, elle ne la remplace pas mais elle s'inscrit dans le prolongement des discours précédents sans les remettre en question.
La Charte de Bangkok tend à intégrer divers changements planétaires : l'entrée et l'usage de l'informatique dans nos vies quotidiennes, la participation grandissante du secteur privé dans la plupart des champs de nos vies dont celui de la santé publique et un certain désengagement de l'État, une approche qui met de plus en plus l'emphase sur l'idée de rentabilité. La Charte de Bangkok se concentre principalement sur de nouveaux enjeux pour la promotion de la santé à la lumière de la mondialisation. Elle est supposée donner une nouvelle orientation à la promotion de la santé en réclamant une plus grande cohérence entre les divers acteurs de la santé soit : les gouvernements, les organisations internationales, la société civile et le secteur privé dans le cadre de quatre engagements fondamentaux : 1- agir sur les déterminants de la santé ; 2- développer des stratégies d'interventions qui tiennent compte du contexte de mondialisation ; 3- s'engager en faveur de la santé pour tous ; 4- s'engager mondialement en faveur du changement. La Charte de Bangkok tend finalement à réaffirmer la place centrale de la promotion de la santé dans le développement mondial tout en responsabilisant les instances politiques et les pratiques des entreprises.

Ce bref regard historique rappelle que les principaux fondements et enjeux soulevés étaient déjà repris dans les déclarations et charte précédentes. L'ordre des priorités change. Mais nous nous retrouvons toujours dans une sorte d'utopie réactualisée, d'idéalisme qui nous donne une bonne conscience, de bons sentiments, alors que l'écart entre les réalités du terrain et le discours semble toujours se creuser.

La précarité : au delà du discours

Avec la Charte d'Ottawa, l'idée de la santé pour tous en l'an 2000 était largement évoquée. Mais aujourd'hui, il nous faut constater que les écarts de santé au sein de la population ont augmenté (Mackenback et Bakker, 2002). La plupart des études le montrent : les inégalités sociales de santé n'ont pas reculé, en tout cas au Québec ou en France ainsi que dans d'autres pays. Dans certains pays, elles se sont même aggravées alors que la richesse nationale continuait de croître (De Koninck et Fassin, 2004). Au regard de ce constat, l'emploi du terme d'inégalité semble largement justifié si l'on considère que la société est à la base même de ces disparités. Pour Mullahy et Wolfe (2001, cité par Shelley, 2003), il paraît important de se poser clairement la question des mécanismes qui engendrent individuellement, collectivement, et socialement ces inégalités mais aussi les choix de société qui les engendrent. En ce sens, la Charte d'Ottawa a le mérite d'énumérer un ensemble de préalables indispensables à la santé - Sandrin Berton (2006) parle plutôt de conditions premières - parmi lesquelles : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Par son contenu, la Charte d'Ottawa

interpelle les différents paliers des pouvoirs publics les incitant à construire des réponses sociétales. Mais pas seulement. Comme le rappelle Deschamps (2003b), « travaillant à la santé des gens, on travaille sur... [les causes qui]... peuvent menacer (…) la satisfaction des besoins sociaux sécuritaires…». Dès lors, les professionnels de la santé ont une part de responsabilité à propos des conditions préalables. La réduction des inégalités sociales de santé est d'ailleurs un enjeu spécifique à la promotion de la santé tel que définie dans La Charte d'Ottawa (Ridde, 2005). Cependant, il faut constater, vingt ans plus tard, qu'elle n'a finalement eu que peu d'impact sur la réduction de ces inégalités - et de ces iniquités - de santé (Restrepo, 2005). Pour De Koninck et Fassin (2004), « cette situation ne peut sans doute pas être attribuée au seul manque de volonté politique car la question est fort complexe ».

Avec la nouvelle Charte de promotion de la santé de Bangkok, nous pourrions nous poser la question de savoir si son contenu va mieux cadrer les interventions pour réduire ces inégalités sociales de santé ? Dans un communiqué de presse, le *People's Health Movement* (2005) marque sa déception sur le texte de la Charte de Bangkok. Ce mouvement regrette l'absence de prises de positions claires et précises pour améliorer la santé des personnes les plus vulnérables dans nos sociétés. Il estime que l'Organisation mondiale de la santé aurait dû prendre une attitude nettement plus indépendante des instances politiques et économiques.Mais si la Charte d'Ottawa mettait l'accent sur les conditions de bases et les ressources requises pour la santé, il semble que les efforts déployés dans le champ de la promotion de la santé devraient prioritairement être concentrés sur la réduction des inégalités sociales. Or, la Charte de Bangkok ne relève pas ce défi, au risque d'avoir comme conséquences de maintenir un accroissement de ces inégalités de santé, et de renforcer certaines iniquités plutôt que de les réduire.

Par ailleurs, la Charte de Bangkok accorde une place importante au rôle des entreprises et de tout le secteur privé. Elle prône l'engagement de tous:
« […] la volonté de collaborer avec la société civile et le secteur privé et avec tous les milieux, sont indispensables si l'on veut progresser et agir sur les déterminants de la santé ». Il faudra « promouvoir le dialogue et la coopération entre […] la société civile et le secteur privé ». Elle s'inscrit pleinement dans l'ère de la mondialisation de la santé publique, perçue comme une intégration économique, sociale et culturelle bien au-delà des menaces qui pèsent sur la santé. Or, comme le rappellent Hernandez-Augusto et Alvarez-Dardet (2001 - traduction libre), « nous ne pouvons pas oublier que la mondialisation affecte déjà d'une manière négative l'espérance de santé de millions d'habitants dans les régions les plus pauvres du monde ». Pour Deschamps (2003a), cette mondialisation est devenue l'outil d'un capitalisme international, aliénant du même coup les valeurs fondamentales d'un certain humanisme. Il suffit par exemple de penser aux positions des entreprises pharmaceutiques qui freinent l'accès aux médicaments génériques dans les régions les plus pauvres du monde, accroissant par la même occasion les inégalités (Marzouki, 2005). Il faut constater qu'il existe un décalage croissant entre les pratiques de promotion de la santé et les enjeux de la mondialisation surtout face à une

population démunie. Les deux nous semblent difficilement compatibles sans la définition d'un code éthique.

Dans le texte de la Charte de Bangkok, nous pouvons lire : « … engagements nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé », « les organismes gouvernementaux et internationaux doivent s'efforcer de combler l'écart entre les riches et les pauvres en matière de santé (…) doivent s'attaquer d'urgence aux inégalités de santé », etc. Or, il aurait fallu dépasser ces intentions et remettre l'accent sur les conditions nécessaires pour tendre vers un « bien-être complet » tout en encourageant le développement de stratégies d'interventions adéquates. Ne devrions-nous pas changer le discours pour mieux l'opérationnaliser ? Dans cette perspective, c'est prendre pour acquis que la promotion de la santé est avant tout enracinée dans la réalité quotidienne des communautés, et comme le rappelle Deschamps (2003b), que l'enjeu majeur est le contrôle exercé par les personnes sur leur santé. Agir ainsi, c'est revenir au sens originel de la promotion de la santé.

La Charte de Bangkok ne remet pas en cause les fondements de nos sociétés qui sont souvent à la base même de ces inégalités. Son contenu devrait, selon nous, être plus engagé dans une critique sociétale. Mais, comme le disent Miranda et Yamin (2002), « la puissance des forces pro-économiques est telle que cette position néo-libérale du monde est adoptée comme étant « normale», immuable et le rejet des aspects de la mondialisation est souvent dépeint comme un retour rétrograde ». Faut-il pour autant abandonner ? Ne faut-il pas recentrer nos interventions autour de la lutte contre les inégalités sociales de santé ? Comme le suggère Sandrin Berthon (2006), ne faut-il pas en faire l'objectif général et l'appliquer dans tous les domaines ?

L'environnement : absence d'une approche intégrée

Un autre enjeu important en promotion de la santé est le rapport entre l'environnement - au sens large du terme - et la santé. Là aussi, nous somme obligés de constater que l'environnement est en partie absent de la Charte de Bangkok, alors que la Charte d'Ottawa évoque clairement dans ses stratégies prioritaires la création d'environnements favorables à la santé. Or, les dégradations environnementales n'ont pas disparu, elle ont même augmenté (Legendre, 2003) avec leur lot de problèmes globaux, atteintes aux écosystèmes et menace sur la santé humaine, dans le temps mais aussi dans l'espace. Le discours officiel et bien intentionné de la Charte d'Ottawa était sans doute insuffisant : « La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé ». Tant la préservation que l'amélioration des cadre de vie (le logement, le quartier qu'on habite, l'alimentation, etc.) doivent être une préoccupation fondamentale et un des enjeux important de la promotion de la santé dans le futur. Il s'agit donc d'inciter chaque personne, chaque communauté à préserver les ressources naturelles et à créer des conditions de vie bénéfique à la santé (Sandrin-Berthon, 2006) Or, la Charte de Bangkok n'aborde pas cette question.

Si la Charte de Bangkok énumère les facteurs décisifs qui ont désormais une incidence sur la santé, il est étonnant que la dimension environnementale ne soit abordée que sous l'angle économique (modes de consommation, commercialisation), de changements environnementaux mondiaux, et de l'urbanisation. Elle reconnaît cependant que « les entreprises ont un impact direct sur la santé des gens […] par leur influence sur [entre autres] l'environnement ». Au delà de ce constat, le texte donne peu d'orientations.

Très souvent ce sont les individus qui prennent conscience des nuisances environnementales et qui à travers leurs groupements et associations, ouvrent des débats. Cette participation « citoyenne » favorise, engage et prépare à des modification de comportements (Binet, 1998). Cette reconnaissance du rôle des communautés est reconnue dans la nouvelle Charte. Elles « jouent un rôle très efficace dans les décisions relatives à leur propre santé et sont en mesure de rendre les pouvoirs publics et le secteur privé responsables des conséquences sanitaires de leurs politiques et pratiques ». Mais, il faut bien constater que plusieurs exemples montrent que cette implication citoyenne ne trouve pas toujours écho et se heurtent souvent à des intérêts économiques qui comme le signalent Hancock et Labonté (1997) peuvent favoriser la mise en œuvre de politiques pouvant accroître les iniquités et augmenter les problèmes de santé et de bien-être plutôt que de les diminuer.

Il nous semble que la promotion de la santé vise aussi - et surtout - à créer des environnements physiques qui peuvent faciliter l'adoption et le maintien d'habitudes individuelles et collectives favorables à la santé comme le signalait déjà Milio (1986, cité par O'Neill, 1999). L'amélioration de la santé en lien avec l'environnement se doit d'être une des priorités de la promotion de la santé. Il est regrettable de constater l'absence de cette dimension dans la Charte de Bangkok.

L'éducation pour la santé : le « chaînon » manquant

La Charte de Bangkok fait abstraction de l'éducation pour la santé. Le terme d'« éducation pour la santé » n'y est pas mentionné. Il était pourtant un des piliers de la Charte d'Ottawa : « La promotion de la santé provient, principalement de deux courants récents, reliés aux interventions professionnelles et gouvernementales en santé publique : un dominant, celui de l'éducation pour la santé, et un plus marginal, celui de l'intervention sur les politiques publiques». (O'Neill,1999)

L'éducation pour la santé dans une logique de promotion de la santé est marquée par certaines valeurs (Sandrin Berthon, 2006). Elle prend en compte le vécu des individus. Elle vise leur participation dans la mise en place de comportements de santé sans porter de jugement moral. Dans cette perspective, il s'agit de respecter chaque personne dans ce quelle est, de l'aider en éclairant ses choix, en l'accompagnant dans ses changements. Dès lors, cela suppose que l'on connaisse au mieux les contextes de vie des personnes en vue de construire des actions plus adaptées aux possibilités

et aux conditions réelles de changement. Avec la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé amenait la personne à occuper une place centrale et à être acteur de sa santé (Marzouki, 2005). Dans ce sens, l'éducation pour la santé accompagne d'autres modalités et devient presque une condition d'efficacité (Sandrin Berthon, 2006). Elle peut assurer le principe d'habilitation et de participation dans la recherche et l'engagement de solutions en lien avec sa communauté. Elle amène l'individu et la collectivité à pouvoir exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de leur santé (INPES, 1998).

Ce changement d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, ne peut se faire sans l'aide de stratégies d'interventions qui sont complémentaires parmi lesquelles : l'éducation pour la santé, la communication, l'action politique (O'Neill et Cardinal, 1994). D'ailleurs pour Green et Kreuter (1991, p.432 traduction libre) la promotion de la santé est « toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités ». Pour la Charte d'Ottawa, il s'agit « d'un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». Des lors, comme le signale Deschamp (2003a), à l'heure de la mondialisation, l'éducation pour la santé à toute sa place pour permettre aux personnes de développer un esprit critique et ne pas se laisser entraîner dans la performance et la seule recherche du profit économique.

En guise de conclusion

La plupart des facteurs environnementaux et sociaux mentionnés ci-dessus ne peuvent trouver de solutions purement thérapeutiques, sans s'intéresser à la prévention « classique », qui dépasse largement le champ de la médecine. En ce sens, l'action intersectorielle devient indispensable dans le domaine de l'éducation, de l'environnement, de la culture,... dans une approche cohérente qui n'est autre que celle promue par la promotion de la santé. Si on regarde la Charte d'Ottawa, on relève que de nombreuses mesures dépassent le cadre de la vision traditionnelle de la santé publique et amène des mesures plus fondamentales comme : se loger, se nourrir convenablement, avoir un environnement favorable à la santé, etc. La Charte de Bangkok aurait dû remettre l'accent sur ces préalables et en définir des objectifs à atteindre.

Notices biographiques

Étienne van Steenberghe est doctorant en cotutelle à l'Université catholique de Louvain en Belgique (Unité d'éducation pour la santé - RESO - École de santé publique) sous la direction du professeur Alain Deccache, et en cotutelle avec l'Université du Québec à Montréal sous la direction de la professeure Lucie Sauvé.

Alain Deccache est professeur à l'Université catholique de Louvain ; il dirige l'Unité d'Éducation pour la santé (UCL-RESO) à l'École de Santé Publique

Références bibliographiques

Agenda 21 (1992). *Chapitre 6 : Protection et promotion de la santé humaine*. New York : Programme des Nations Unies pour l'environnement et le développement durable. Version en ligne : www.un.org/french/ga/special/sids/agenda21/action6.htm

Arwidson, P. (2005). Synthèse du forum francophone sur la préparation de la Charte de Bangkok. *Reviews of Health Promotion and Education Online*, 2005. Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/7/index.htm

Barton, H et Tsourou, C. (2004). *Urbanisme et santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants.* Châteaubourg (France) : S2 - Association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable.

Bhatti, T. et Hamilton, N. (2002). Promotion de la santé : De quoi s'agit-il ? *Bulletin de recherche sur les politiques* (Santé Canada), 1 (3) 5-7.

Brixi, O. ; Sandrin-Berthon, B. et Baudier, F. (1997). Réflexion – la Charte d'Ottawa : quelques repères en éducation pour la santé. *Éducation Santé,* nº 127, 3-7 (octobre 1997)

Deschamps, J-P. (septembre 2003a). Éditorial : Promotion de la santé et mondialisation. *Santé Publique*, 15 (3) 255-256.

Deschamps, J-P. (septembre 2003b). Une relecture de la Charte d'Ottawa - A re-reading and examination of Ottawa Charter. *Santé Publique*, 15 (3) 313 325.

Déclaration d'Alma-Ata (septembre 1978). Dans *Éducation pour la santé : Les textes fondateurs.*
Version en ligne : www.cres-paca.org/presentation/declaration_alma.htm

De Koninck, M. et Fassin, D. (2004). Les inégalités sociales de santé, encore et toujours. *Santé, Société et Solidarité,* nº 2, 5-12.

Hancock,T. et Labonté, R (1997, Mars) *Heath promotin in action : The Canadian expérience.* Document non publié soumis à la Santé Canada, dans le cadre de la préparation à la conférence de Djakarta.

Hernandez-Aguado, I. et Alavarez-Dardet, C. (2001). Globalisation and health : action now ! *Journal of Epidemiology and Community Health,* 55 : 609

Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa : Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
Version en ligne : www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/pubf/perintrodfr.htm

Legendre, M. (septembre 2003). Environnement et santé – Environment and Health. *Santé publique*, 15 (3) 291-302

Marzouki, M. (2005). D'Ottawa à Bangkok et au-delà : la nécessité de redéfinir la promotion de la santé. *Reviews of Health Promotion and Education Online,* 2005.
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/4/index.htm

Marzouki, M. (2005). A propos de la Charte d'Ottawa : une remarque, une regret et une ferme opposition. *Reviews of Health Promotion and Education Online*, 2005.
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/27/index.htm

Miranda, J.J. et Yamin, A.E. (2002). Where is the real debate on globalisation? *Journal of Epidemiology and Community Health,* 56 : 719.

O'Neill, M. (2005). La Charte de Bangkok aura-t-elle autant d'impact que celle d'Ottawa? *Reviews of Health Promotion and Education Online*, 2005.
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/2/index.htm

O'Neill, M. (1999). Promotion de la santé : Enjeux pour l'an 2000. *Canadian Journal of Nursing Research,* 30 (4) 249-256.

Organisation mondiale de la santé (1998). Promotion de la santé : les tournants décisifs vers une alliance mondiale. *Aide-mémoire* n°171, révisé juin 1998.
Version en ligne : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs171/fr/

People's Health Movement (2005). *WHO's Bangkok Charter a big disappointment*. Press Release, 18 août 2005.
Version en ligne : http://phmovement.org/pha2/Issues/bangkok_charter2.php

Restrepo E., H. (2005). Comment about the Bangkok Charter. *Reviews of Health Promotion and Education Online*, 2005.
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/29/index.htm

Sandrin Bathon, B. (2006). *Promotion de la santé : De la théorie à la pratique ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS?* Communication, 3ème Université francophone de la santé publique.
Version en ligne : www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-COMTE/univete/docs/CONF020706.PDF

Sans auteur (1997). Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé. De nouveaux partenaires pour une société en meilleur santé. *Éducation Santé*, nº 122, p. 12-13.

Shelley Phipps (2003). *The Impact of Poverty on Heath*. Ottawa : Canadian Institue for Heath Information Publication.

Tang, K.C. et O'Byme D. (2005). A charter to achieve health for all - Editorials. *Health Promotion Journal of Australia*, 16 (3).

LES CHARTES D'OTTAWA ET DE BANGKOK : Y a t'il une différence ?

Danielle Boucher

La Charte d'Ottawa de 1986 est un document à portée internationale qui visait à officialiser l'orientation que doivent prendre les interventions en faveur de la promotion de la santé au niveau international (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2005b). Près de 20 ans plus tard, une nouvelle charte, celle de Bangkok (OMS, 2005a) réitère l'orientation de la première. Dans ce laps de temps, le contexte mondial a changé, ces changements ayant une forte incidence sur la santé et par conséquent sur les politiques liées à la santé. On peut donc se poser la question : y a-t-il une différence dans le contenu de ces deux chartes ?

Après avoir mis en contexte les changements mondiaux qui ont une incidence sur la santé, je mènerai donc une analyse comparative des deux chartes quant à leur orientation et leur contenu, afin de voir si la nouvelle charte prend en compte ce nouveau contexte.

Le nouveau contexte mondial

Le contexte mondial a changé depuis le dépôt de la Charte d'Ottawa en 1986. Ce contexte est marqué par de grands bouleversements sociaux, économiques et démographiques qui ont une incidence sur la santé car ils ont un impact sur les facteurs déterminants de la santé, reconnus par la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 1986). Au nombre de ces bouleversements, mentionnons : les inégalités sociales croissantes se manifestant par un écart de plus en plus manifeste entre les riches et les pauvres (Raphaël, 2004), l'urbanisation, le terrorisme, le libre échange commercial, les nouveaux modes de consommation et de communication, le vieillissement de la population accentué dans les pays industrialisés (Chevalier et Gosselin, 2003 ; Scriven, 2005). La croissance démographique de la population mondiale est particulièrement préoccupante pour la santé, car au cours des seules 30 dernières années, la population mondiale a augmenté de 2,4 milliards d'êtres humains pour atteindre près de 6,5 milliards en 2005 (Fonds des Nations Unis, 2005). Il existe également une relation étroite entre le taux d'accroissement démographique et la pauvreté, qui augmentent simultanément (Chevalier et Gosselin, 2003 ; OMS, 2005a). Ces facteurs ont une influence sur les conditions de vie, les conditions de travail, les structures familiales, la culture et, il va sans dire, sur la santé (OMS, 2005a). Le contexte mondial est aussi marqué par des changements

environnementaux comme les modifications climatiques partout sur la planète qui ont des effets sur la santé (Chevalier et Gosselin, 2003 ; Scriven, 2005). Le contexte mondial a changé également dans le domaine des services de santé. Une inquiétude croissante se manifeste chez les professionnels de la santé, du fait que les frontières géographiques sont devenues perméables aux maladies transmissibles, telles le SIDA ou le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) (Scriven, 2005), faisant craindre par exemple, une éventuelle pandémie de grippe aviaire. La mondialisation des maladies non transmissibles, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies découlant de l'obésité, exportation du risque du cancer du poumon dans les pays du sud (Marzouki, 2005) illustre aussi l'étendue des conséquences des bouleversements planétaires sur l'état de santé de la population à travers le monde (Scriven, 2005). La Charte de Bangkok reconnaît l'évolution de la situation depuis la Charte d'Ottawa de 1986 (OMS, 2005a). La nouvelle charte souligne toutefois que la mondialisation offre de nouvelles possibilités de coopération pour améliorer la santé et réduire les risques sanitaires qui dépassent les frontières d'un pays. Les nouvelles technologies de l'information et des communications, par exemple, favorisent des alliances d'experts pour mettre en commun leurs expériences. Mais l'orientation de la nouvelle charte diffère-t-elle de celle de la Charte d'Ottawa pour ce qui est de la définition de la promotion de la santé, des principes et stratégies d'action ainsi que des engagements officiels ?

La définition de la promotion de la santé

Malgré les changements décrits ci-haut qui ont une incidence certaine sur la santé dans le monde, je ne perçois pas de différence majeure dans la définition de la promotion de la santé présentée dans chacune des deux chartes. Le principe de prise en charge occupe une place centrale dans la formulation des deux versions de la définition. La Charte d'Ottawa définit la promotion de la santé comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS & Santé et Bien-être social au Canada et Association canadienne de santé publique, 1986, p. 1). À mes yeux, cette définition suggère aux promoteurs de la santé de favoriser une prise en charge de sa santé par la population elle-même dans les interventions populationnelles, lorsque sont présentes les conditions préalables à la santé que sont : la paix, un abri, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, une justice sociale et l'équité. Sans ces préalables, toute amélioration du niveau de santé s'avèrera difficile, sinon impossible.

La Charte de Bangkok stipule que « promouvoir la santé consiste à permettre aux gens de mieux maîtriser leur santé et les facteurs qui la déterminent et par là même d'améliorer leur santé » (OMS, 2005a). La première partie des deux définitions est similaire : faire appel à « un plus grand contrôle » ou inviter à «…mieux maîtriser leur santé » en suggérant un principe d'auto-prise en charge de sa santé. Ces deux formulations sont presque synonymes. Dans la seconde partie de la définition de la charte de 2005, on ajoute que promouvoir la santé c'est aussi permettre aux gens de maîtriser les facteurs qui la déterminent. Les facteurs déterminants de la santé se retrouvent ainsi dans la définition de la promotion de la santé version 2005 alors qu'ils étaient intégrés dans un principe énoncé dans la Charte d'Ottawa, à l'effet que « promouvoir l'idée » d'une bonne santé fait appel à des interventions sur les déterminants de la santé. Cette dernière définition engage-t-elle les promoteurs de la santé à intervenir davantage sur l'ensemble des déterminants de la santé ? Si oui, un tel engagement est-il réaliste ? À mon avis, il ne peut l'être que si les décideurs politiques responsables des mesures sociales, économiques et environnementales incluent dans leurs préoccupations la promotion de la santé. Les changements, dans un contexte mondial, doivent nécessairement être accompagnés d'une évolution dans la définition même de la promotion de la santé. Celle de Marzouki (2005) me paraît particulièrement pertinente : « La promotion de la santé est le processus par lequel des citoyens, toutes professions confondues, impliqués dans les questions de santé, agissent sur le plan politique à un niveau déterminé (international, national, local) en vue d'élargir la couverture en déterminants de la santé au maximum des personnes et plus précisément aux plus démunies » (Marzouki, 2005, p. 4).

Les principes énoncés

Pour faire la promotion de la santé, trois principes ont été énoncés dans la Charte d'Ottawa. Promouvoir l'idée « Advocate » qu'une bonne santé constitue une ressource majeure pour le progrès d'une société. Conférer les moyens « Enable » pour réduire les écarts caractérisant l'état de santé des populations. La promotion de la santé exige finalement une action concertée de tous les intervenants « Mediate » pour agir comme médiateurs entre les intérêts divergents (OMS & Santé et Bien-être social au Canada et Association canadienne de santé publique, 1986 ; WHO, 2005). La Charte de Bangkok en 2005 reprend ces principes qui sont sous-jacents à la description de cinq mesures requises pour mettre en œuvre les stratégies d'action déjà formulées dans la Charte d'Ottawa.

Les stratégies d'action

Il ne me semble pas y avoir de différence apparente dans l'orientation des stratégies de la promotion de la santé des deux chartes. La Charte de Bangkok (OMS, 2005a), à travers ses engagements, reprend les cinq stratégies d'action de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) en tenant compte des recommandations formulées par les conférences ultérieures (1988, 1991, 1997, 2000) et à celle d'Ottawa sur la promotion de la santé (OMS, 2005b). Les types d'interventions proposés dans la Charte de Bangkok confirment à nouveau que les progrès nécessaires à l'amélioration de la santé dans le monde « exigent une fermeté politique, une large participation et une action soutenue de sensibilisation » (OMS, 2005a, p. 5). Je présente ici les cinq stratégies en les commentant et en faisant ressortir des éléments comparatifs entre les deux chartes à cet égard.

Élaborer une politique publique saine

À l'époque de la Charte d'Ottawa, la nécessité d'une conscientisation à l'égard de la responsabilité incombant aux gouvernements en ce qui a trait à la santé est apparente dans la formulation des stratégies d'action. Cette charte constitue un premier document officiel ayant permis de mettre la promotion de la santé à l'agenda des instances politiques de plusieurs pays du monde (Kickbusch et coll., 1990 ; O'Neill et Cardinal, 1998; O'Neill, 2005). Il a été reconnu que les secteurs autres que la santé doivent donner leur appui à la santé (Labonté, 1994). Les déterminants sociaux de la santé peuvent être modifiés par des actions politiques (Kickbusch et coll., 1990) comme l'élaboration de politiques publiques liées à l'environnement, au marché de l'emploi, à la disponibilité de logements sociaux. Aujourd'hui, il est de plus en plus admis que promouvoir la santé est profondément politique (Bambra et coll., 2005). Cette stratégie est évidemment présente dans l'un des engagements de la Charte de Bangkok, à faire de la promotion de la santé, une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public (OMS, 2005a).
D'autres stratégies de la Charte d'Ottawa se retrouvent essentiellement dans les mesures requises pour promouvoir la santé de la Charte de Bangkok. Notons, par exemple, la création de milieux favorables à la santé est une stratégie de la charte de 1986 qui rejoint l'une des mesures formulées dans la charte de 2005 soit, la nécessité d'investir dans des politiques et des infrastructures durables pour agir sur les déterminants de la santé.

Créer des milieux favorables

La création de milieux favorables à la santé suppose l'utilisation d'une approche socio-écologique sous-tendue par le lien qui unit les individus et leur milieu (OMS, 1986). Il s'agit donc de créer des conditions de vie et

de travail favorables à la santé. Également, « Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale» (OMS, 1986, p.3). La protection des milieux naturels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé. La Charte d'Ottawa suggère donc une évaluation systématique des effets du milieu sur la santé particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation. Mais où en sommes-nous dans cette évaluation systématique ? À la lecture de la nouvelle charte, il n'apparaît pas clairement que les résultats d'une telle évaluation aient orienté son contenu.

Renforcer l'action communautaire

Cette stratégie vise à solliciter la participation de la communauté à la détermination des priorités, à la planification et aux prises de décisions dans le domaine de la santé (questions sanitaires), ce qui exige de rendre accessible l'information sur la santé et l'aide financière (OMS, 1986). Le troisième engagement formulé dans la Charte de Bangkok (OMS, 2005a) reprend cette stratégie en réitérant l'importance du rôle des communautés dans l'initiative et dans la mise en œuvre de la promotion de la santé auprès des populations locales.

Acquérir des aptitudes individuelles

On préconise l'éducation pour la santé pour permettre aux individus d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé (OMS, 1986). Ici, on se réfère à la définition même de la promotion de la santé de ce document. Cette stratégie doit être mise en application tant à l'école, à domicile, au travail, que dans le cadre communautaire et les institutions. La Charte de Bangkok ne reprend pas de façon explicite cette stratégie préconisée par celle d'Ottawa. La nouvelle charte propose plutôt de développer de manière collective, les capacités de transfert de connaissances, de recherche et d'information en matière de santé (OMS, 2005a).

Réorienter les services de santé

Déjà dans la Charte de 1986, on invite à créer un système de santé orienté vers l'amélioration de la santé de la population plutôt que de faire les choix en fonction de la maladie, en mettant la priorité sur les soins curatifs, les services étant plutôt axés sur le curatif que sur le préventif. C'est là, une difficulté reconnue que le curatif domine les ressources du secteur de la santé (Labonté, 1994). Un changement d'attitude et d'organisation des services est requis pour prendre en considération les besoins de l'ensemble de la population en matière de santé plutôt que les seuls besoins individuels (OMS, 1986). Une

approche intégrée préconisée par la nouvelle charte pour l'amélioration de la santé implique nécessairement ce changement d'attitude chez les décideurs politiques.

L'application des stratégies de promotion de la santé de la charte de 1986 s'inscrit dans un contexte qui a évolué sous l'effet de la mondialisation, laquelle exige cependant une nouvelle cohérence politique, énoncée dans la charte de 2005, pour agir sur les déterminants de la santé. Dans son rapport sur la sixième conférence sur la promotion de la santé (OMS, 2006), l'OMS indique que, pour faire face à la mondialisation, la Charte de Bangkok donne une nouvelle orientation à la promotion de la santé en réclamant une cohérence politique à tous les niveaux : gouvernements, organisations internationales, société civile et secteur privé. Alors pourquoi la charte de 2005 ne cible-t-elle pas en priorité les gouvernements parmi les instances politiques qui réglementent et légifèrent les actions des différents secteurs en lien avec les déterminants sociaux ? Selon Hancock (1994), ce n'est pas une coïncidence si la première stratégie de la Charte d'Ottawa concerne l'élaboration d'une politique publique saine car elle traduit une intention politique sans laquelle les autres stratégies de promotion de la santé ne peuvent être mises en application. L'élaboration d'une telle politique pour la santé implique une démocratie comme gouvernement (Hancock, 1994) d'où l'importance prioritaire de cibler les gouvernements pour faire la promotion de la santé (Charte de Bangkok, OMS, 2005a).

Les engagements

L'orientation relative aux engagements énoncée dans la Charte de Bangkok diffère peu de celle de la Charte d'Ottawa. Elle va principalement dans le sens de la nécessité d'agir sur les déterminants de la santé car, après près de 20 ans, plusieurs travaux de recherche ont démontré que les inégalités sociales en matière de santé sont tributaires des déterminants sociaux (Marmot, 1991; Evans,1996 ; Raphael, 2004 ; OMS, 2005a).

Les engagements de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) ont trait à l'établissement de politiques publiques pour la santé visant à protéger l'environnement, à favoriser des conditions de vie saines, à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités, à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire et que la communauté est le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être, à réorienter les services de santé en faveur de la promotion de la santé et à reconnaître que la santé est un investissement majeur pour le développement de la société (OMS, 1986).

Considérant les changements dans le contexte mondial, la Charte de Bangkok insiste cependant sur la dimension politique de la promotion de la santé en réclamant une cohérence politique, des investissements monétaires et la formation de partenariats entre les gouvernements, la société civile et le secteur privé dans le cadre de quatre engagements découlant des changements mondiaux (OMS, 2005a). Les changements mondiaux qui se sont produits dans le laps de temps écoulé entre les deux chartes permettent d'identifier les défis à relever : les inégalités quant à la santé, les maladies transmissibles, l'augmentation des maladies chroniques, les accords de commerce et la santé publique. Ces défis donnent lieu aux quatre principaux engagements présentés dans la Charte de Bangkok (OMS, 2005a), soit « placer la promotion de lasanté au centre de l'action mondiale en faveur du développement; faire de la promotion de la santé une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public; faire de la promotion de la santé un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile et en faire une exigence de bonne pratique au niveau des entreprises notamment pour l'environnement et la répartition des richesses » (OMS, 2005a, p. 6).

Conclusion

À son époque, la Charte d'Ottawa de 1986 témoignait de l'évolution de la promotion de la santé avec une approche plus écologique dans son orientation, plus politique et plus sensible aux aspects environnementaux qu'une approche centrée principalement sur l'éducation sanitaire (O'Neill et Pederson, 1994 ; Hancock, 1994). Il n'y a guère de différence entre cette charte et celle de Bangkok quant à l'orientation donnée à la promotion de la santé, en ce qui concerne la définition, les principes et stratégies d'action et les engagements en vue d'améliorer la santé. L'orientation est aussi la même quant à la place que doit occuper la santé pour le développement d'une société et à la nécessité de la placer au cœur du développement local, national et international. Cependant, dans la dimension politique de la promotion de la santé, la reconnaissance de la nécessité de créer d'un partenariat mondial pour renforcer les acquis d'Ottawa en reprenant les facteurs déterminants de la santé et cela, dans le contexte de la mondialisation, me paraît être un élément nouveau. On évoque ainsi le fait que pour « s'acquitter des quatre engagements et pour que la promotion de la santé figure en meilleure place», un programme mondial de développement est fortement souhaitable (OMS, 2006, p. 3), la cohérence politique en étant évidemment la condition.

Remerciements

L'auteure remercie Françoise Côté, Gaston Godin et Michel O'Neill, professeurs au doctorat en santé communautaire de l'Université Laval, Québec, pour leurs commentaires sur ce texte qui ont contribué à en améliorer la qualité. L'auteure prend la responsabilité finale du contenu de ce texte.

Note biographique

Danielle Boucher est professeure en sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski, inscrite au programme de doctorat en santé communautaire de l'Université Laval, (Québec, Canada).

Références bibliographiques

Bambra, C., Fox, D. et Scott-Samuel, A. (2005). Towards a politics of health. *Health Promotion International,* 20 (2), 187-194.

Chevalier, P. et Gosselin, P. (2003). La planète et nous. Dans : Guérin, M., Gosselin, P., Cordier, S., Viau, C., Quénel, P. & Dewailly, E. (2003). *Environnement et santé publique.* Canada : Edisem Inc.

Evans, R.G., Barer, M.L. et Marmor, T. R. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie.* Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Fonds des Nations Unies pour la population. *État de la population mondiale 2005.* New York : Nations Unies, 2005.
Version en ligne : www.unfpa.org/swp/2005/pdf/fr_swp05.pdf

Hancock, T. (1994). Health Promotion in Canada : Did We Win the Battle But Lose the War ? Dans Pederson, A., O'Neill, M. et Rootman, I. (1994). *Health Promotion in Canada. Provincial, National & International Perspectives.* Toronto : W.B. Saunders Canada.

Kickbusch, I., Draper, R. et O'Neill, M. (1990). Healthy Public Policy, a strategy to imlement the Health for all philosophy at various governmental levels. Dans Evers, W. et coll. (Ed), *Healthy Public Policy at the local level.* Boulder, Co. : Campus Westview, 1-6.

Labonté, R. (1994) Death of Program, Birth of Metaphor: the Development of Health Promotion in Canada. Dans Pederson, A., O'Neill, M. et Rootman, I. (1994), *Health Promotion in Canada.* Provincial, National & International Perspectives. Toronto : W.B. Saunders Canada.

Marmot, M., Smth, G.D., Stanfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. et Feeney, A. (1991). Health Inequalities among British civil servants : The Whitehall II study. *Lancet,* 337, 1387-1393.

Marzouki, M. (2005). À propos du texte de la Charte de Bangkok : une remarque, un regret et une ferme opposition. *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/27/index.htm - Consulté le 13 février 2006

Marzouki, M. (2005). D'Ottawa à Bangkok et au-delà : la nécessité de redéfinir.
La promotion de la santé. *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/4/index.htm - Consulté le 13 février 2006

Organisation mondiale de la Santé (2006). *Promotion de la santé : suivi de la sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé.* Rapport du secrétariat 16 janvier 2006. Genève.

Organisation mondiale de la Santé (2000). *Mexico Ministerial for the Promotion of Health.* Fifth Global Conference on Health Promotion : Bridging the Equity Gap. Mexico City.
Version en ligne : www.paho.org/english/AD/SDE/HS/mexdec2000.pdf

Organisation mondiale de la Santé (1997). *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la santé au XX ième Siècle.*
Version en ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health.* Third International Conference on Health Promotion. Sundsvall, Sweden.
Version en ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé (1988). *Adelaïde Recommandations on Healthy Public Policy.* Second International Conference on Health Promotion. Adelaïde, South Australia.
Version en ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.* Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.

O'Neill, M. et Pederson, A. (1994). Two Analytic Paths for Understanding Canadian Developments in Health Promotion. Dans Pederson, A., O'Neill, M. et Rootman, I. (Eds.) (1994). *Health Promotion in Canada. T*oronto : W.B. Saunders.

O'Neill, M. (2005). La Charte de Bangkok aura-t-elle autant d'impact que celle d'Ottawa? *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/2/index.htm - Consulté le 13 février 2006.

O'Neill, M et Cardinal, L. (1998). Les ambiguïtés québécoises dans le domaine de la promotion de la santé. *Recherches sociographiques*, XXXIX, 1, 9-37.

Raphael, D. (2004). Introduction to the Social Determinants of Health. Dans Raphael, D. (2004) *Social Determinants of Health, Canadian Perspectives*. Toronto : Canadian Scholars' Press Inc.

Scriven, A. (2005). Promoting Health a Global context and rationale. Dans Scriven, A. et Garman, S, *Promoting Health: global perspective*. London : Plagrave Macmillan, pp.1 – 13.

World Health Organization (2005). *The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. Geneva : WHO.

LE PROFIT DE LA SANTE ET LA SANTE DU PROFIT :

De l'analyse discursive à l'examen des frais

Christian Desîlets

Depuis la Déclaration d'Alma-Ata, on peut observer l'émergence d'un débat de plus en plus vigoureux sur l'idée d'un partenariat avec le secteur privé, ce qui a valu à la récente Charte de Bangkok une réputation sulfureuse auprès de nombreux acteurs du monde de la promotion de la santé. Or, ce débat idéologique est largement irrationnel : les biais, les dogmes, les spéculations, les conjectures, les apriorismes invérifiables, les amalgames et les condamnations par association sont les figures dominantes de ce qui relève, en fait, de la rhétorique classique des luttes de pouvoir. De plus, en cultivant des attitudes et des propos souvent ambivalents, les promoteurs du partenariat avec le privé pourraient surtout contribuer à renforcer la méfiance et les perceptions négatives de ceux qui s'y opposent.

Conséquemment, il pourrait être utile de recadrer ce débat dans l'optique du savoir, et d'encourager chacun à mieux baliser des champs interprétatifs qui, pour l'instant, sont peu, mal ou pas définis. D'où vient ce débat ? Quelles sont les perceptions qui le conditionnent ? Comment l'entreprise privée a-t-elle répondu à l'appel du partenariat ? Comment pourrons-nous mesurer et juger la valeur de cette contribution ? Voici quelques-unes des questions fondamentales qui méritent d'être posées.

Brève généalogie d'une controverse politique

Comme le faisait remarquer Labonté (2005), il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les déclarations, les chartes et les colloques en général (ajoutons-y les papiers d'opinion) ont une réelle et concrète influence sur l'ordre du monde. On peut du moins espérer qu'une analyse du discours des textes fondateurs de la promotion de la santé puisse aider à expliquer les causes des perceptions ambivalentes et persistantes que les promoteurs de la santé se font en général du capitalisme et de l'entreprise privée.

Les origines théoriques de la promotion de la santé ont beaucoup à voir avec celle de la sociologie critique, les deux remontant à la dialectique matérialiste de Marx, selon l'enquête de Hancock (1994). Celui-ci estime que la promotion de la santé est apparue au XIXe siècle comme une version sanitaire de la lutte des classes et comme le moyen pour les masses asservies de renverser le système capitaliste dominant pour réaliser l'inéluctable paradis sanitaire de demain. Plus prosaïquement aujourd'hui, rappelons que le personnel de la santé œuvre majoritairement (mais pas exclusivement) dans un système public

qui est de plus en plus concurrencé, envahi et, dans certains cas, remplacé par le privé. Sachant cela, on comprendra que les appels du pied de moins en moins timides qui sont faits officiellement à l'entreprise privée fassent en sorte qu'une partie de la base du mouvement se crispe et refuse l'idée qu'une coalition arc-en-ciel puisse inclure dans son prisme le bleu du néolibéralisme. L'examen des textes des grandes conférences internationales sur la promotion de la santé, sous l'angle restreint de ce débat particulier, révèle cette tension croissante.

D'Alma-Ata à Bangkok

Quand la Déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978) invite au partenariat tous les secteurs de la société, elle ne mentionne jamais explicitement le secteur privé. Quand la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) place timidement mais nommément l'industrie parmi les incontournables d'un vaste partenariat, elle le fait dans le cadre d'une approche holistique qui veut positionner le secteur de la santé comme le médiateur idéal des intérêts divergents de tous les acteurs sociaux. Les Recommandations d'Adélaïde (OMS, 1988) oseront être un peu plus explicites, reconnaissant plusieurs fois les entreprises commerciales et les industries comme partenaires à part entière. D'inspiration nettement écologique et altermondialiste, la Déclaration de Sundsvall (OMS, 1991) réplique vivement à cette tendance. Son appel au partenariat, devenu une figure imposée de ce type de réunion, sera surtout lancé à l'endroit des activistes sociaux pour mieux lutter contre un monde industrialisé qu'on accuse d'avoir une lourde dette à rembourser à la planète. La Conférence de Jakarta (OMS, 1997) prendra le contre-pied de Sundsvall et, comme par provocation, se vantera d'être la première à associer l'entreprise privée à la promotion de la santé. Les ministres signataires de la Déclaration de Mexico (OMS, 2000) semblent avoir voulu calmer le jeu en reprenant eux aussi l'habituel et vague appel au partenariat de tous les secteurs, mais en omettant sciemment de mentionner le privé. Ce ne sera pas le cas de la Charte de Bangkok (OMS, 2005b).

Juste avant la conférence en Thaïlande, Kickbush (2005) met la table en plaidant en faveur d'une plus grande ouverture au secteur privé, tandis que Nutbeam (2005) fait aux délégués cette supplique : « involve partnership with the private sector in ways that were inconceivable in 1986 ».

Lors de la conférence, les variations inattendues entre la version préliminaire de Rio de Janeiro, en mai 2005, et celle soumise aux délégués de Bangkok, en août, soulèveront d'abord l'inconfort du délégué de l'UIPES (O'Neill, 2005), sans qu'on en connaisse publiquement le détail, mais un participant (Piette, 2006) fera état de la complexité du processus de rédaction en sous-comités qui faisait constamment évoluer le texte. On comprendra les délégués qui ont préféré signer en leur nom personnel plutôt qu'au nom des organisations qu'ils représentaient.

Sur le point qui nous concerne, la comparaison des nombreuses versions

préliminaires avec la version finale permet de relever la disparition de commentaires positifs sur les opportunités de la mondialisation. Prenons comme exemple la suppression finale de ce passage qui était apparu dans la sixième version préliminaire (OMS, 2005a), et qui s'inscrivait parmi quatre nouveaux engagements : « Globalization becomes a positive force for improving the health of populations ». La proposition d'un autre délégué (Hope Corbin, 2005) d'inclure le pragmatisme dans l'argumentaire de la Charte, pour mieux justifier l'appel au privé, n'aura pas d'écho dans le texte final, dont le ton mesuré était probablement déjà trop chargé aux oreilles sensibles.

Après la conférence, on peut observer que le débat du public intéressé s'est cristallisé rapidement autour du fait que la Charte avait, plus que jamais, osé identifier le privé comme partenaire de la santé (mais sous la forme d'un appel à son sens des responsabilités). Plusieurs observateurs ont fait savoir que privé et santé devraient sonner aux oreilles de tous comme des antonymes (Laverack, 2005; Labonté, 2005; Marzouki, 2005; Stirling, 2005). Le mouvement ATTAC, déjà excédé par le texte de Jakarta, a vivement condamné « la dérive » de la Charte de Bangkok ainsi que l'abdication de l'OMS devant les complots (un autre !) de l'OMC, soupçonnée d'avoir, ici comme partout, tenu la plume des rédacteurs en Thaïlande (Teper, 2005). L'Assemblée des peuples pour le droit à la santé a aussi condamné la nouvelle Charte, qui aurait le tort de n'avoir pas identifié la gouvernance économique mondiale parmi les causes des calamités humaines, de n'avoir inclus aucune critique contre le néolibéralisme et de n'avoir pas placé la santé au-dessus des considérations marchandes des grandes corporations et de la mondialisation des marchés. (People's Health Assembly 2, 2005).

Ce n'est là qu'un aperçu des critiques sur ce seul sujet. Devant ce tollé, et d'ici la réunion de Vancouver en 2007, il sera certes intéressant de voir si l'ambition des promoteurs de la santé à devenir les médiateurs privilégiés des intérêts sociaux survivra au choc de la réalité politique.

La marchandisation de la santé

Au fond, c'est la révolution marchande (celle qui modèle les sociétés occidentales depuis la Renaissance) qui est l'objet fondamental des critiques actuelles et dont la marchandisation de la santé est l'un des derniers épiphénomènes. Trinca (1997) estime la valeur annuelle du marché de la santé aux États-Unis à plus de mille milliards de dollars américains, tandis que de nombreux commentateurs rapportent que l'investissement mondial annuel en santé s'élèverait à 3 500 milliards de dollars. Ces chiffres plus ou moins cohérents, mille fois répétés sur Internet, sont colportés à tout vent sans que nul n'en connaisse la source ou ne se soucie de les valider car, en général, ils sont franchement utilisés dans le seul but d'affoler et de mobiliser les populations. Au reste, il tombe sous le sens que le marché mondial de la santé puisse avoir une valeur colossale et, donc, être apte à susciter les pratiques

commerciales les plus criminelles. Conséquemment, il faut accepter comme un fait inéluctable qu'on ne manquera jamais de raisons et de gens pour s'inquiéter légitimement de la transformation d'un droit social en un bien de consommation (FIIQ, 2001; Botbol-Baum, 2000). Si on n'y prend pas garde en effet, le droit à la santé, évoqué par la Charte d'Ottawa, peut devenir simplement le moyen d'ouvrir les frontières aux marchandises et aux technologies les plus profitables de la santé. Au-delà des intentions caritatives des entreprises (sincères ou de pure image), le danger est bien réel que les besoins de santé primaires des populations deviennent un élément très secondaire par rapport au lucratif marché de la santé mondiale qui prend de l'expansion (notamment en pharmacie et en manipulation génétique). Jusqu'où la promotion de la santé peut-elle être utilisée pour promouvoir le libre commerce des biens de santé aux plans international, national ou local ? La promotion de la santé peut-elle devenir un certificat bidon de noblesse morale, sans garantie de vérification éthique ? Ajoutons que, sur le plan international, on peut déjà sentir que la santé est vulnérable à une récupération politique et le risque le plus immédiat est qu'elle devienne un cheval de Troie pour la souveraineté des pays. En maintenant une façade altermondialiste toute faite de beaux discours, c'est bien l'atomisation de la santé en sous-enjeux commerciaux qui se profile derrière sa transformation en marchandise de libre-échange. Quels seront les biens de santé qui feront le plus l'objet de ce commerce pas du tout équitable?

Cette marchandisation n'a pas que des aspects négatifs pour tous les promoteurs de la santé (Kickbush, 2003), et on pourrait argumenter que la marchandisation, « un vilain mot que rejette mon contrôle orthographique (est) un bon moyen d'apporter la prospérité aux gens ordinaires en leur donnant plus de liberté et plus de choix. (…) Lorsque des produits deviennent des marchandises, la concurrence fait rage entre les fabricants et les marges fondent. Cela n'est pas du tout du goût des producteurs et les industries sont souvent contraintes de restructurer leurs activités. Mais il y a un grand gagnant : le consommateur » (Daniel, 2002).

Il demeure que l'examen de notre corpus de textes montre que les points de vues des uns et des autres sont moins appuyés sur des faits clairement documentés que sur l'exposition de grands principes moraux, et nourris par la généralisation de craintes globales, reliées à la mondialisation, et appliquées au contexte particulier de la promotion de la santé. Les deux points de vues opposés procèdent essentiellement par syllogisme, ce qui est bien l'opération la plus risquée du raisonnement déductif, lui-même peu fiable pour appréhender un problème d'une nature si complexe. Rien ne dit cependant que ces points de vues doivent être absolument incommensurables, ou qu'il soit impossible de rallier les uns et les autres à la constitution d'un même corpus de faits, plus particuliers à la promotion de la santé et plus propres à asseoir ce débat émotif sur des bases rationnelles.

Quelques pistes d'investigation

Pour y arriver, il s'agirait d'examiner en premier lieu si le secteur privé a répondu à l'appel des promoteurs de la santé. À cet égard, plusieurs faits ne demandent qu'à être considérés. Dans ma pratique publicitaire, j'ai pu observer combien le discours de la promotion de la santé a été endossé non seulement par plusieurs de mes clients (notamment par la mise en place de programmes éducatifs et d'installations sportives favorisant l'adoption d'habitudes de vie plus saines), mais également par l'industrie des assurances collectives. Dans ce dernier cas, on voit se développer une fonction de conseil par lequel l'assureur procède à un diagnostic sur mesure des déterminants de la santé au travail chez un employeur et fait des recommandations qui ont l'avantage de recouper les intérêts de chacun : amélioration de la qualité de vie, diminution de l'absentéisme et diminution des réclamations.

L'industrie de l'assurance est très compétitive, donc peu encline à partager ses stratégies et ses bases de données. Toutefois, ses méthodes actuarielles sont si précises que l'obtention de leur collaboration permettrait d'obtenir aussitôt des données très riches, susceptibles de fournir des indicateurs robustes des retombées concrètes de la promotion de la santé. En outre, une évaluation du niveau d'endossement de la promotion de la santé par les compagnies d'assurance pourrait être un autre indicateur intéressant de la progression dans ce domaine. L'histoire des lois du travail démontre en effet que l'implication des assureurs a souvent été le seul déclencheur efficace des révolutions sanitaires dans les milieux du travail, ne serait-ce que par leur refus d'indemniser un employeur ne respectant pas les normes de santé et de sécurité.

D'autres indicateurs pourraient être obtenus en ciblant un secteur privé dont l'action est beaucoup plus visible : les médias. Chacun peut déjà observer (du moins au Québec) non seulement l'existence de canaux spécialisés dans le domaine de la santé, mais l'abondante et quotidienne diffusion dans les médias de chroniques et de reportages reliés à l'acquisition de saines habitudes de vie. La plus grande partie de ces messages ne sont pas de nature publicitaire, loin de là; il s'agit bien de l'intégration du discours de la promotion de la santé au contenu éditorial des émissions et des articles, et pour lequel il n'y a pas de commanditaire. S'étonnera-t-on que les médias cherchent à offrir à leurs publics des contenus répondant à leurs préoccupations, et que le positionnement sur la santé fasse désormais partie de leurs stratégies d'acquisition de parts de marché ?

Quoique les données seraient beaucoup plus laborieuses à collecter dans ce secteur industriel, même en obtenant la collaboration des réseaux, et bien que leur impact sur la santé de la population serait beaucoup plus délicat à évaluer, il reste que des méthodes fiables existent qui permettraient d'évaluer la valeur de la diffusion médiatique des discours conformes à celui de la promotion de

la santé. Il s'agirait de mesurer les temps d'antenne et les espaces de diffusion de tous les discours adéquats (recensés en fonction d'une grille de lecture ou de repérage informatique), puis d'en calculer la valeur marchande selon les tarifs publicitaires. Ajoutons que dans l'industrie publicitaire, on estime que l'intégration de contenus s'apparente à la technique du placement de produit, qui aurait en moyenne trois fois plus d'impact sur le public qu'une publicité traditionnelle. Cela signifie qu'il faudra convenir d'un multiple de la valeur marchande pour arriver à l'évaluation la plus réaliste possible de la valeur réelle de ce partenariat médiatique.

Les investissements fantômes du privé

Ces deux exemples permettent non seulement de penser que la mesure de la diffusion et des portées théorique et réelle du discours de la promotion de la santé est possible au sein d'une échelle composite, mais aussi de pressentir l'existence et l'ampleur insoupçonnée des investissements fantômes de l'entreprise privée en la matière.

L'industrie des assurances et celle des médias exploitent des marchés d'une valeur non moins colossale que celle des autres industries reliées à la santé, dont il était question plus haut. Toutes les entreprises privées ne sont peut-être pas à mettre entièrement et systématiquement dans le même sac. Si l'on voulait bien prendre en compte la valeur des investissements consentis chaque année par l'entreprise privée en promotion de la santé, le bilan que l'on s'apprête à faire à Vancouver, en 2007, pourrait être teinté de plus d'optimisme que ce que la domination du discours altermondialiste et que la seule mise en balance des faits nocifs de la révolution marchande nous entraînent à conclure. La vérification de cette contre-hypothèse permettrait de savoir si l'entreprise privée est réellement un bloc monolithique et anti-social, ou si, beau paradoxe, le pire ennemi de la promotion de la santé et des altermondialistes ne serait pas en même temps leur principal, leur plus efficace, leur plus puissant et leur plus discret allié. Dans les systèmes complexes que sont la santé et la politique, il se crée des dynamiques et des rapports de force qu'on comprend encore mal mais qui obéissent rarement à la logique simpliste des idées reçues.

Note biographique

Christian Desîlets compte 24 années d'expérience en communication et plusieurs campagnes publicitaires en santé publique. Il a travaillé pour Cossette Communication-Marketing, la plus importante entreprise du genre au Canada, dont il a été le vice-président directeur général du bureau de Québec. Depuis le 1er janvier 2006, il est professeur en publicité sociale au département d'information et de communication de l'Université Laval.

Références bibliographiques

Botbol-Baum, M. (2000), « Science et éthique ». *Démocratie*, no 15-76, août, Belgique.
Version en ligne : www.exmed.org/exmed/eth1.html
Daniel, J. (2002). Éducation supérieure: la course au profit. Dans *L'Éducation aujourd'hui*, Bulletin d'information du Secteur de l'éducation de l'Unesco, no 3, octobre-décembre 2002, p. 1.
Version en ligne : http://portal.unesco.org/education/fr/ev.php-URL_ID=7957&URL_DO=DO_PRINTPAGE&URL_SECTION=201.html

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (2001). *Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.*
Version en ligne : www.fiiq.qc.ca/documents/memoires/romanow/romanow_tdm.htm

Hancock, T. (1994). Health Promotion in Canada : Did We Win the Battle but Lose the War ? Dans Perderson, A. et coll. (Eds), *Health Promotion in Canada* (p. 350-373). Toronto : W.B. Saunders.

Hope Corbin, J. (2005). Pragmatic Health Promotion in a Globalised World : Reflections on Bangkok from the Next Generation. *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/32/index.htm

KickBush, I. (2003). *Influence and Opportunity: reflections On the U.S. Role in Global Public Health. Lack of central government leader has led to a global health crisis.*
Version en ligne : www.ilonakickbusch.com/en/health-as-foreign-policy/index.shtml

Labonté, R. (2005). Lettre ouverte diffusée sur le réseau *Health Promotion on the Internet de YorkU.ca.*
Version en ligne : https://listserv.yorku.ca/cgi-bin/wa?A2=ind0507&L=click4hp&D=1&T=0&O=D&F=&S=&P=2006

Laverack, G., (2005). Lettre ouverte diffusée sur le réseau *Health Promotion on the Internet de YorkU.ca.*
Version en ligne : https://listserv.yorku.ca/cgi-bin/wa?A2=ind0507&L=click4hp&D=1&T=0&O=D&F=&S=&P=4556

Marzouki, M. (2005). À propos du texte de la charte de Bangkok. *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/27/index.htm

Organisation mondiale de la Santé, (2005a). *The Bangkok Charter for Health Promotion, draft,* version 6, 29 juillet 2005.
Version en ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050802_bangkok_charter_hp.pdf

Organisation mondiale de la Santé, (2005b). The Bangkok Charter for Health Promotion. Dans *A Globalized World.*
Version en ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html

Organisation mondiale de la Santé, (2000). *Mexico Ministerial for the Promotion of Health.* Fifth Global Conference on Health Promotion : Bridging the Equity Gap. Mexico City.
Version en ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf

Organisation mondiale de la Santé (1997). *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle.*
Version en ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health.* Third International Conference on Health Promotion. Sundsvall, Sweden.
Version en ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/index.html

Organisation mondiale de la Santé (1988). *Adelaide Recommandations on Healthy Public Policy.* Second International Conference on Health Promotion. Adelaide, South Australia.
Version en ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html

Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.*
Version en ligne : www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French

Organisation mondiale de la Santé (1978). *Declaration of Alma-Ata*.
Version en ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/en/

O'Neill, M. (2005). De Bangkok à Vancouver : la position de l'UIPES à l'égard de la Charte de Bangkok. *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/33/index.htm

People's Health Assembly 2 (2005). Communiqué de presse du 18 août 2005.
Version en ligne : http://phmovement.org/pha2/issues/bangkok_charter2.php

Piette, D. (2006). Symphonie inachevée. Le processus d'écriture de la charte: participation réelle mais difficile. *Éducation Santé*, no 208, janvier 2006.
Version en ligne : www.educationsante.be/es/article.php?id=719

Stirling, A. (2005). Lettre ouverte diffusée sur le réseau *Health Promotion on the Internet de YorkU.ca.*
ersion en ligne : https://listserv.yorku.ca/cgi-bin/wa?A2=ind0508&L=click4hp&D=1&T=0&O=D&F=&S=&P=2523

Teper, B. (2005). *Infosanté*, No 58, ATTAC France.
Version en ligne : http://france.attac.org/article.php3?id_article=5211

Trinca, C.E. (1997). Adapting Education today for Needs of Tomorrow : Experiences in the USA and the Americas. Dans *The Role of the Pharmacist in the Health Care System, Report of a Third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist* (p. 38) Vancouver, Canada, 27-29 août.
Version en ligne : www.opas.org.br/medicamentos/docs/who-pharm-97-599.pdf

PERTINENCE DE LA CHARTE POUR LES INTERVENANT(E)S SUR LE TERRAIN[1]

Sylvie Boulet

Au mois d'août dernier, à Bangkok en Thaïlande, 700 participants représentant plus de 100 pays ont adopté « La Chartre de la promotion de la santé de Bangkok » à la 6e Conférence globale de la promotion de la santé. Cette nouvelle charte se veut une addition à celle d'Ottawa. Elle est basée sur le fait que le contexte mondial de la promotion de la santé a remarquablement changé depuis la première charte de 1986.

Place aux populations des pays sous-développés

J'aime beaucoup la place accordée dans la Charte de Bangkok aux pays sous-développés. Cette charte prend une position claire de soutien et d'appui face aux populations des pays sous-développés car on s'est soucié de comprendre leur réalité. La présence de l'ensemble des nations, particulièrement celles des pays sous-développés, se fait sentir dès les premiers paragraphes du document. À titre d'exemple, le premier des quatre engagements (la place centrale de la promotion de la santé à l'agenda du développement global) se traduit par le développement de solides ententes intergouvernementales pour augmenter la santé et la sécurité collective en matière de santé et pour refermer l'écart entre riches et pauvres. La Charte stipule fermement que les gouvernements doivent trouver des mécanismes de gouvernance globaux pour pallier les effets néfastes du « commerce, des produits, des services et des stratégies de marketing ».

Mon impression est confirmée par les discussions sur certaines listes de diffusion comme celle de CLICK4HP. Un participant, Bernie Marshall, se référant à des présentations à Stockholm, mentionne qu'il y avait une perception à l'effet que les pays sous-développés n'avaient pas été engagés dans le processus de la Charte d'Ottawa. Alors, dit-il « nous avions besoin d'une nouvelle charte englobant un groupe plus large de nations ».

1 Cet texte a été diffusé dans le Bulletin d'information en promotion de la santé du Centre ontarien d'information en prévention en octobre 2005.

La Charte d'Ottawa est connue pour avoir priorisé l'action communautaire. Je cherche, je cherche et je cherche pour y trouver les concepts de justice sociale, d'inégalité et de revendications politiques et voilà que je remarque le dernier paragraphe « Appel pour une action internationale ». Cette nouvelle Charte semble commencer là où Ottawa avait laissé.

De l'action communautaire à la globalisation

Bangkok me suggère de revendiquer la santé en fonction des droits humains et de la solidarité, de bâtir les capacités en développement des politiques, de réglementer et légiférer et de bâtir des partenariats et alliances avec plusieurs secteurs (public, privé). Un message totalement différent de l'arène confortable de la Charte d'Ottawa.

La réflexion est amorcée ! Cette charte m'amène à conscientiser l'impact ou les conséquences de l'action communautaire – comment notre travail local influence-t-il ce qui se passe au niveau mondial ? À travers différentes interventions telles que la formation et l'appui donnés aux groupes multiculturels et/ou minoritaires, les contacts que l'on fait auprès des décideurs municipaux, scolaires et politiques et les changements de style de vie visant un mieux-être, nous influençons la santé globale d'un individu, d'une famille, d'une nation. Toutes ces actions sont de près ou de loin reliées aux conditions d'une réalité globale. L'histoire d'Éric, utilisé pour démontrer l'interdépendance des déterminants de la santé (Agence de santé publique du Canada, 2006) peut prendre une plus grande ampleur comme travailler à éliminer les dépotoirs et promouvoir le recyclage. Dans la perspective globale, on peut facilement voir qu'une réalité locale est la conséquence d'une transaction mondiale en imaginant que le père n'a plus d'emploi parce que les contrats de son usine ont été transférés dans un autre pays !

Malheureusement, les intervenants(es) du milieu communautaire n'ont pas toujours le temps, l'énergie et les outils pour appliquer ce cadre. Dans le domaine de la santé, en milieu minoritaire avec une clientèle isolée, on est souvent occupé à bâtir les structures et les services, à recenser les ressources ou à maintenir les acquis. Les intervenants(es) peuvent par contre travailler dans l'esprit de la Charte de Bangkok en conscientisant nos clientèles particulièrement sur son pouvoir économique, en restant alerte sur les regroupements à tous les niveaux et en restant actif au niveau de la politique locale, régionale et nationale.

Ré-affirmation de la promotion de la santé

La Charte de Bangkok englobe bien les concepts de base de la promotion de la santé. Les verbes d'action « revendiquer, investir, bâtir » ont sus venir

chercher l'intervenante du terrain. On rappelle au lecteur que la promotion de la santé fonctionne (Health promotion works), que l'on fait suivre d'une liste de stratégies efficaces. On traite de la promotion de la santé comme étant un droit humain de base et qui offre un concept de santé positif et inclusif comme déterminant de la qualité de vie. J'apprécie doublement la mention inclusive qui donne tout droit dans une des dernières stratégies du Centre ontarien d'information en prévention (Fay, M. et coll., 2004). Les quatre engagements pour la santé débutant par « Faire de la promotion de la santé…» renforcent l'importance du concept.

La relation santé et déterminants sociaux de la santé

Un message d'un auteur anonyme, affiché sur la liste de diffusion de SDOH, critique une des affirmations de la Charte qui m'avait échappé disant que « la santé détermine le développement socio-économique et politique ». Il nous rappelle que « la relation entre la santé et la pauvreté est à deux voies mais n'est pas symétrique. La pauvreté est le plus important déterminant singulier conduisant à une mauvaise santé. Mais une mauvaise santé est de loin le seul déterminant singulier de la pauvreté » (auteur anonyme, 2005).

Plusieurs documents sociaux-politiques ont été publiés pour appuyer cette prise de position affirmant la relation des déterminants sociaux sur la santé dont la Charte de Toronto pour un Canada en santé conçue en 2002 et entérinée par quatre cents Canadiens du domaine social et des politiques en santé. Ce document nous confirme l'importance des déterminants sociaux sur la santé.

Le secteur privé et son implication

Le secteur privé est mentionné à neuf reprises dans les six pages de la Charte. La place accordée au secteur privé est une nouvelle orientation par rapport au document d'Ottawa. Son inclusion ne fait pas l'unanimité. Les discussions qui ont circulé sur les listes de diffusion CLICK4HP et SDOH ont poussé ma réflexion. Des experts en promotion de la santé, comme Ronald Labonté (2005), suggèrent de limiter le partenariat des secteurs public et privé au développement de structures légales pour légiférer le secteur privé. Un autre auteur (auteur anonyme, 2005) après avoir présenté l'argument de base de la disparité des intérêts des parties impliquées, suggère plutôt d'aller chercher des groupes tels que les associations de travailleurs de la santé et les fédérations des paysans. Finalement, David Warner (2005) affirme que « l'engagement des corporations à l'égalité, la santé publique et l'environnement viable devrait être régi par une forte régulation et un processus démocratique ».

Penser globalement, agir localement

La Charte de 1986 préconisait « la santé pour tous d'ici l'an 2000 ». Cette charte a amené de belles initiatives et a eu beaucoup d'impact dans le milieu de l'intervention communautaire. Ces documents officiels sont toujours un peu utopiques mais font tout de même réfléchir.

Un document de soutien de la Charte de Bangkok mentionnait que l'adoption de la Charte d'Ottawa a incité un certain nombre de déclarations au niveau national et global mais la signature de ces ententes ne s'est toujours pas traduite par des actions concrètes. Les participants de Bangkok espèrent rapprocher l'implantation des principes dans une action concrète en y alliant un travail sur le plan des politiques, du partenariat et du leadership politique. L'avenir nous dira si les citoyens relèveront le défi.

Je vois dans la Charte de Bangkok, une énorme complémentarité avec celle d'Ottawa. L'une me parle directement, comme intervenante, dans un langage concret, dans une structure bien définie et me permet d'utiliser les déterminants de la santé autant comme objectifs que comme indicateurs de succès. L'autre pousse ma réflexion, questionne mon engagement global, évalue mes actions de justice sociale. Cette pensée m'amène à revoir mon implication professionnelle mais aussi à me motiver, à considérer l'éventail d'actions locales ayant une portée internationale. Je reviens tout juste d'un colloque Santé en français où j'ai pu entendre la réalité des Franco-Canadiens de chaque province. La richesse des expériences ouvre des portes, bâtit des ponts, permet d'aller plus loin. D'ailleurs, on doit aussi admettre que la globalisation nous a ouvert une porte sur le monde.

Dernières réflexions : La Charte aura-t-elle un impact ?

La Charte d'Ottawa a fait ses marques et demeure un difficile point de comparaison pour Bangkok. « Les cinq années qui ont suivi la publication de la Charte d'Ottawa ont été riches en activités de promotion de la santé. On a créé plusieurs stratégies fédérales à grande échelle, y compris la Stratégie canadienne anti-drogue, la Stratégie de réduction de la demande de tabac, la Stratégie nationale sur le sida et l'initiative « Grandir ensemble : investir dans les enfants du Canada » (Hamilton, 2002).

Plusieurs auteurs dont Ronald Labonté (2005), mentionnent le peu d'attentes qu'ils ont face à ces documents et qu'ils privilégient plutôt les conventions des droits humains qui amène la mobilisation et l'agitation de la société civique comme outil efficace de changement sociétal.

Concrètement, la nouvelle Charte change quoi ? En quoi transforme-t-elle les

activités quotidiennes des intervenants(es) ? Cette Charte amène une belle réflexion sur nos actions personnelles, notre intervention communautaire et nous force à réfléchir davantage sur notre collectivité et ses liens avec les autres communautés. Personnellement, elle me motive à faire un pas de plus pour aller chercher mon café équitable, à appuyer la petite boutique artisanale qui redonne une partie des profits aux moins nantis et à signer la pétition qui revendique les droits des sans-abris à travers le monde.

Terminons avec une citation inspirante de Moncef Marzouki, défendeur des droits humains : « Il est idiot de vouloir changer le monde, mais criminel de ne pas essayer ».

Note biographique

Sylvie Boulet (Dt.P, MHSc.) est consultante en promotion de la santé à Prévention AVC et au Réseau canadien de la santé.

Références bibliographiques

Auteur anonyme (2005). Texte sur la liste de discussion SDOH (*Social Determinants of Health*), 14 août 2005.
Version en ligne :
https://listserv.yorku.ca/cgi-bin/wa?A2=ind0508&L=SDOH&P=R14036&I=-3

Collectif (2002). *Charte de Toronto pour un Canada en santé*.
Version en ligne : www.socialjustice.org/subsites/conference/CharteDeToronto.pdf

Fay, M. et coll. (2004). J'en fais partie ! Une nouvelle stratégie en promotion de la santé. *Ontario Heath Promotion E-Bulletin*, 358 (1), avril 2004.
Version en ligne : www.opc.on.ca/francais/nosprogrammes/centre/projets/jen_fais_partie/pdf/ohpe_article_fr.pdf

Hamilton, N. (2002). Pourquoi évaluer l'efficacité de la promotion de la santé ? Bulletin de recherche sur les politiques de santé tiré du cahier *Promotion de la Santé 101*.
Toronto : École d'été en promotion de la santé de l'Ontario, Juin 2005.

Labonté (2005). Texte sur la liste de discussion SDOH (*Social Determinants of Health*) et CLICK4HP, 8 juillet 2005.
Version en ligne : https://listserv.yorku.ca/cgi-bin/wa?A2=ind0507&L=CLICK4HP&P=R957&I=-3

Marshall, B. (2005). Proposed Bangkok Charter for Health Promotion. *Liste de discussion CLICK4HP*, 22 juin 2005.
Version en ligne : https://listserv.yorku.ca/cgi-bin/wa?A2=ind0506&L=click4hp&T=0&F=&S=&P=5232

David Warner (2005). Texte sur la liste de discussion SDOH (*Social Determinants of Health*), 2 juillet 2005.
Version en ligne : https://listserv.yorku.ca/cgi-bin/wa?A2=ind0507&L=sdoh&T=0&P=635

Agence de santé publique du Canada (2006). Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas ? Pourquoi Éric est-il à l'hôpital ?. Extrait de : *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne.*
Version en ligne : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/index.html

LA CHARTE DANS LE CONTEXTE AFRICAIN FRANCOPHONE, ETAIT-ELLE NECESSAIRE ?

David Houéto

Dans le champs de la promotion de la santé les acteurs disposent désormais de deux chartes, celle d'Ottawa et celle de Bangkok. La Charte d'Ottawa, adoptée en 1986, présente en cinq points les grandes actions de la promotion de la santé : 1. Élaboration d'une politique publique saine, 2. Création d'environnements favorables, 3. Renforcement de l'action communautaire, 4. Acquisition d'aptitudes personnelles et 5. Réorientation des services de santé. La Charte de Bangkok, adoptée en 2005, quant à elle, met l'accent sur quatre principaux engagements en faveur de la santé : 1. Placer la promotion de la santé au centre de l'action mondiale en faveur du développement, 2. Faire de la promotion de la santé une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public, 3. Faire de la promotion de la santé un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile, 4. Faire de la promotion de la santé une exigence de bonne pratique au niveau des entreprises. La Charte de Bangkok, depuis son idée jusqu'à son adoption, a suscité et suscite encore de nombreuses réactions. Était-il nécessaire d'en avoir une nouvelle ? A-t-on évalué la Charte d'Ottawa avant de s'engager dans une nouvelle charte ? Que reproche-t-on à la Charte d'Ottawa pour chercher à en avoir une autre ? La Charte de Bangkok aura-t-elle le même impact que celle d'Ottawa ?, etc. Ce sont là autant de préoccupations exprimées par les acteurs en promotion de la santé et pour lesquelles on peut se demander : quel est l'avis d'un professionnel du sud et particulièrement d'Afrique francophone à ce sujet ? C'est ce que nous allons essayer de faire à travers les 4 points ci-après.

La Charte d'Ottawa

Parlant de la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa reste et restera, à notre avis, la base fondamentale qui ne pourra pas perdre sa valeur étant donnée que c'est elle qui pose les fondements du concept de promotion de la santé (Aubin, 2005). Il faut tout de même remarquer que, malgré que la Charte s'adresse à la planète tout entière, seulement quelques pays, essentiellement occidentaux, étaient représentés à son adoption (Kickbusch, 2005 ; Restrepo, 2005). Un aspect pas des moindres et qui remet en cause la notion de participation et de démocratie que véhicule cette charte. Mais, cela suffit-il pour envisager sa révision ? Comme l'a fait remarquer l'un de ses artisans, Kickbusch (2005), il n'y a pas lieu de penser à une quelconque révision de la Charte d'Ottawa, mais plutôt d'admettre qu'elle n'a pas et ne

pouvait prétendre aborder tous les aspects qu'implique la promotion de la santé de manière définitive et invariable. La Charte d'Ottawa est intervenue dans des circonstances bien précises et reflète bien les réalités d'une époque, d'une catégorie de pays (Restrepo, 2005) et n'est pas sans lien avec l'avenir de la promotion de la santé.

Il est évident que la Charte d'Ottawa a influencé le développement de la santé dans nombre de pays, essentiellement ceux présents à son adoption qui, très tôt dès le lendemain de son adoption, ont mis en place des réformes nécessaires pour la mise en œuvre des principes de promotion de la santé. De nos jours force est de reconnaître que ces pays ont un bilan globalement positif par rapport à ceux qui n'ont pas encore expérimenté jusque là le concept de promotion de la santé (Hancock et Labonté, 2000 ; Moodie, 2004). Sans dire que le développement de la santé dans ces pays est le seul fait de la mise en œuvre du concept de promotion de la santé, il faut constater avec ces auteurs (Hancock et Labonte, 2000 ; Moodie, 2004) que ce concept y a joué un rôle prépondérant. Il faut tout de même reconnaître, comme le signalent Nutbeam (2005) et Green (2005), que si elle devait être écrite de nos jours, la Charte d'Ottawa prendrait certainement en compte de façon plus proéminente certains aspects peu ou pas développés dans sa version initiale. Kickbusch (2005) fait remarquer par exemple qu'à l'adoption de la Charte d'Ottawa en 1986 aucun pays du sud n'était représenté à cette première conférence. En conséquence il reste difficile d'affirmer que les préoccupations de la Charte d'Ottawa s'appliqueraient d'emblée à ces pays en développement sans d'éventuelles accommodations comme c'est le cas dans la région AFRO de l'OMS. En effet, la région AFRO de l'OMS, en se basant sur les réalités qui lui sont propres, a apporté une modification non moins importante à la Charte d'Ottawa en réduisant à trois les cinq stratégies de promotion de la santé, (OMS, 2002). Pour cette région de l'OMS, les grandes actions de promotion de la santé sont plutôt : 1. Donner à tous les moyens de libérer la pleine mesure de leurs capacités en matière de santé. Il s'agit là de l'implication des communautés, du renforcement de leurs capacités en matière de santé à travers un partage de connaissances et une intégration des moyens et méthodes de communication; 2. Concilier les différents intérêts de la société en faveur de la santé par la médiation et la création d'environnements favorables à la santé ; 3. Faire le plaidoyer pour la création de conditions nécessaires à la santé. Mais on peut se demander si cette nécessité d'éventuelles modifications implique l'adoption d'une nouvelle charte ?

La Charte de Bangkok

La Charte de Bangkok, en dehors du débat qui l'a précédé à travers tous les continents, a connu, à son adoption, une participation record de toutes les parties du globe. Elle met l'accent sur la prise en compte des déterminants de

la santé à travers les politiques de santé et l'établissement de partenariats à différents niveaux. Rien de particulier pourrait–on être tenter de dire, car ces aspects se retrouvent dans la Charte d'Ottawa. Mais la Charte de Bangkok intervient environ vingt ans après celle d'Ottawa dans un contexte qui connaît des notions telle la globalisation de l'économie mondiale avec ses impacts sur le bien-être des populations qui restent de sérieuses préoccupations dans des régions comme l'Afrique. C'est alors dire, comme certains auteurs l'on fait (Green ; 2005 ; Kickbusch, 2005 ; Nutbeam, 2005 ; Promotion Santé Suisse, 2005), que si la Charte d'Ottawa devait être écrite en ce moment-ci, elle aurait un visage bien différent. La Charte de Bangkok donne ainsi une nouvelle orientation à la promotion de la santé en réaffirmant la place centrale et prépondérante qu'elle doit occuper dans le développement mondial. En d'autres termes, la promotion de la santé doit faire partie des responsabilités essentielles des gouvernements et des bonnes pratiques des entreprises et elle doit être l'un des centres d'intérêt des initiatives des communautés et de la société civile. Une place importante a été donnée à la formation des ressources humaines en promotion de la santé dans les pays afin de faire face à ces différents défis (Catford, 2005). Il s'agit là d'autant de précisions qui, à notre avis, n'ont pas la même ampleur dans la Charte d'Ottawa.

Les participants à la Conférence de Bangkok ont, par ailleurs, fait état des inégalités inacceptables face à la santé (Futura Science, 2005 ; OMS, 2005b ; Témoignages, 2005). Dans ce sens, les défis que devrait contribuer à relever la Charte de Bangkok étaient de déterminer comment faire face au mieux aux nombreux changements et aux tendances ayant un effet crucial sur la santé et le bien-être. La Charte de Bangkok devait aussi se pencher sur les voies et moyens pour faire évoluer les stratégies de promotion de la santé afin de réduire les inégalités et mieux répondre aux demandes du nouveau millénaire, tel l'accès aux conditions basiques du bien-être que sont un habitat décent, une alimentation saine, l'eau potable, les soins de santé de base, etc. Les nombreux problèmes qui sous-tendent ces défis ont été évoqués à la conférence. Parmi ceux abordés, il faut noter : le rapport entre les accords de commerce et la santé publique, la réglementation des produits nocifs, l'expérience des groupes marginalisés en matière de santé ou encore le rôle des fondations du secteur privé. Tout ce que la Charte de Bangkok propose pour faire face à ces problèmes est une exhortation de toutes les parties concernées à collaborer dans le cadre d'un partenariat mondial pour honorer les engagements et mettre en œuvre les stratégies préconisées. Le 4e principal engagement en faveur de la santé pour tous (voir au chapitre introduction) encourage les consommateurs et la société civile à soutenir des pratiques commerciales éthiques et responsables ainsi que le commerce équitable (Ignasse, 2005 ; OMS, 2005a).

On pourrait se demander si cette façon de présenter les dures réalités que vivent certaines populations de la planète pourrait aider à véritablement changer les choses ? Comme le souligne Mittelmark (2005), les déclarations des grandes conférences, des chartes, comme c'est le cas pour la promotion de la santé, jouent un rôle dans la vie même du concept en cause. Mittelmark (2005) trouve deux intérêts dans le cas de la Charte de Bangkok à savoir : la réaffirmation des valeurs fondamentales de la promotion de la santé et le consensus sur le besoin de stratégies novatrices en promotion de la santé ainsi qu'une collaboration efficace dans un monde où tout change à grande vitesse. C'est dire que la Charte de Bangkok n'est pas venue sonner le glas de celle d'Ottawa, mais plutôt pour lui redonner ses lettres de noblesse tout en la complétant. Toutefois, il faut reconnaître que de nombreuses déclarations, résolutions ou chartes sont restées lettres mortes sans aucun effet sur les populations en cause. La Charte de Bangkok, même si elle permet de donner une nouvelle orientation à la promotion de la santé, ne met pas suffisamment l'accent sur des injustices qui, de nos jours constituent un des fondements de l'inégalité sociale. Nous voulons nommer par exemple la situation de ce commerce international où les prix des matières premières sont souvent loin des prix normaux. Cette situation est ainsi fustigée par la conférence sans une action véritablement claire pour l'endiguer. Peut-on espérer l'égalité des chances si le système commercial mondial ne donne aucune chance aux pays en développement de pouvoir vivre de leurs efforts ? Car en réalité, si les matières premières étaient achetées à leur juste prix, la plupart des pays du tiers monde pourraient facilement payer leurs dettes et se positionner dans une situation de bien-être qui ne fera qu'améliorer l'état de santé de notre planète. Comme le signale Piette (2006), « … il a été impossible de faire passer (dans la Charte de Bangkok) des propositions comme l'effacement de la dette du tiers monde ou, mieux encore, la fixation d'un prix juste pour les matières premières. Trop risqué de toucher au privé ? Trop peur de fâcher le grand frère et de voir la charte rejetée ? » Ainsi, on peut en déduire que du chemin reste à parcourir afin d'arriver à une véritable remise en cause des pratiques qui mettent à genoux une partie de la population de la planète. Pratiques qui déterminent pour beaucoup l'état de bien-être de ces populations. Et si on demandait, comme le propose Ridde (2005), l'avis des communautés dans ces régions qui sont victimes de ces inégalités, nul doute qu'elles voudront qu'on y fasse quelque chose ici et maintenant afin d'y mettre fin et leur permettre de mieux vivre de leurs efforts.

Il faut alors espérer qu'une autre charte vienne « oser » pointer du doigt ces déterminants de la santé auxquels la communauté internationale devra s'attaquer pour effectivement contribuer à un véritable bien-être dans le monde selon les principes de la promotion de la santé. Et ce ne sera pas parce que la Charte d'Ottawa ni celle de Bangkok auront perdu de leur valeur, mais simplement parce que le temps et les circonstances auront permis de le faire

en complétant ces derniers.

Une emphase nécessaire

La Charte de Bangkok est une étape importante pour la promotion de la santé comme l'ont souligné Kickbush (2005) et Mittelmark (2005). À notre avis, nous pensons que la situation de la promotion de la santé en Afrique, surtout francophone, avait besoin de l'emphase que vient de mettre la Charte de Bangkok sur certains aspects comme le rôle et l'engagement des gouvernements dans la mise en place et le développement des principes de promotion de la santé au niveau des pays, la formation de ressources humaines en promotion de la santé et le partenariat multisectoriel. Puisque, à ce jour, la promotion de la santé reste « inconnue » et le parent pauvre de la santé publique en Afrique, surtout francophone, du moins dans les pratiques et même dans les textes pour certains pays (Nyamwaya, 2003), il était nécessaire à notre avis, de mettre l'accent sur certains points de la Charte d'Ottawa. Certains auteurs comme Collin (1996) et Marzouki (2005) trouvent que l'expression même du concept de promotion de la santé en français prête à confusion et on pourrait tenter d'expliquer ce retard en francophonie d'Afrique par ce phénomène linguistique. Car certains pays dans cette région ont augmenté leur budget alloué à la santé et entrepris plusieurs autres actions comme pour donner une plus grande importance à la santé. En effet, le terme « Promouvoir », en français signifie, augmenter, élargir, élever à un grade supérieur (Marzouki, 2005). Le terme « Promotion » est, quant à lui, associé dans la population à la mercatique (marketing). L'expression « Promotion de la santé » est comprise par bien des personnes, y compris dans le secteur de la santé, comme l'insistance que chacun doit mettre à bien s'occuper de sa santé ou encore comme la référence à la santé comme un bien à préserver et à valoriser (Collin, 1996). Or, le concept de promotion de la santé a pour but de faciliter l'accent à mettre sur les différents facteurs qui influencent la santé afin d'améliorer effectivement la qualité de vie des individus et des communautés. Elle suppose leur pleine participation pour la mise en place d'une même compréhension de ces facteurs et l'élaboration des stratégies pour leur faire face. Serait-ce une des raisons qui a motivé la région AFRO de l'OMS a apporté une modification à la Charte d'Ottawa dans le sens de donner trois grandes stratégies pour la promotion de la santé au lieu de cinq afin de faciliter l'appropriation du concept dans la région (OMS, 2002) ?

Cette emphase mise sur la Charte d'Ottawa, suivie d'un appel à l'action et déjà les actions entreprises par l'OMS pour le suivi des résolutions de la Charte de Bangkok, nous paraissent prometteuses quant à la situation de la promotion de la santé en Afrique, surtout francophone (Correll et al., 2005).

Quelle portée pour la Charte de Bangkok ?

Il serait hasardeux et trop tôt, à notre avis, de tenter un pronostic quant à la portée de la Charte de Bangkok (Mittelmark, 2005 ; O'Neill, 2005). Comme le dit Mittelmark (2005), c'est peut-être dans vingt ans qu'on le saura réellement, faisant allusion à la Charte d'Ottawa. La Charte de Bangkok jouera certainement un rôle dans l'enracinement de la promotion de la santé dans des pays comme ceux d'Afrique qui, du fait d'une participation plus active, ont pris la mesure des choses et ne manqueront pas de corriger le tir. Mais parlant de la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa en est le socle et a posé les fondements. Elle restera la référence en la matière. À notre avis, l'impact de la Charte de Bangkok se fera beaucoup plus sentir au niveau des pays qui jusque là, surtout ceux d'Afrique, n'avaient pas encore réellement intégré celle d'Ottawa dans les principes de gestion de la santé. Nombre de pays, surtout en zone francophone d'Afrique, ne disposent pas encore d'une politique nationale de promotion de la santé (Gnahoui-David, 2005), et cette charte qui met l'accent sur un aspect très important qui touche aux réalités de ces pays, pourrait trouver une oreille attentive. Déjà la situation actuelle socio-économique de plus en plus difficile est un aspect qui pourrait amener ces pays à se pencher vers une forme de partenariat qui soutienne leurs différents efforts en matière de la santé et d'inégalités croissantes. Les facteurs externes comme l'engagement de l'OMS à accompagner ces pays dans le processus de mise en place de la promotion de la santé en général et du partenariat en particulier est un élément réconfortant (Cornell, 2005).

Conclusion

La Charte de Bangkok, quand bien même elle ne peut remplacer celle d'Ottawa, ne saurait être une charte de plus car abordant des aspects plus en détail suivant le contexte actuel de la situation mondiale. N'ayant pas abordé à son tour tous les aspects actuels devant faciliter l'enracinement d'un bien-être des populations à l'échelle mondiale, il faut espérer que d 'autres résolutions ou Chartes viennent étayer les pratiques dans le seul but d'assurer le bien-être pour tous. Il arrivera un moment où, sans hésitation, la communauté internationale reconnaîtra par exemple la place du spirituel dans l'état de santé de l'individu comme un déterminant non de moindre importance.

Remerciements

L'auteur remercie Isabelle Aujoulat pour ses commentaires sur la première version de ce texte qui ont contribué à en améliorer la qualité.

Notes biographiques

David Houéto est médecin et chercheur à l'Unité d'éducation pour la santé RESO-EDUS, École de santé publique, Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique. Béninois, il est responsable du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS) pour la section Afrique de l'Ouest.

Références bibliographiques

Aubin, K. (2005). Chartes, déclarations, recommandations : Quelle est la portée de ces documents en promotion de la santé ? *Reviews of Health Promotion and Education Online.* Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/15/index.htm

Catford, J. (2005). The Bangkok Conference : steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International*, 20 (1)1-6.

Collin, C. et Renaud I. (1996). L'expérience du Québec en promotion de la santé. *La santé de l'homme,* n° 325, septembre-octobre 1996, 23-27.

Correll, D., Tenhaeff, C. et Herdt, A. (2005). *Conférence mondiale sur la promotion de la santé.* ICSW (International counsil for social welbeing), Utrecht, Pays-Bas.

Futura Science. (2005). *La Charte de Bangkok pour répondre aux enjeux de la santé mondiale.*
Version en ligne : www.futura-sciences.com/sinformer/n/imprimer php?id=6922

Gnahoui-David, B. (2005). National Capacity Mapping in Health Promotion. WHO/AFRO Report. 6th WHO global conference on health promotion, Bangkok, Thailand, 7-11 August 2005.

Green, L. W. (2005). What would the Nutbeam Charter look like if it were written with my editing ? *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/21/index.htm

Hancock, T et Labonte, R. (2000). Leçons du Canada. Chapitre douze. Dans : UIPES (Ed.), *L'efficacité de la promotion de la santé. Agir sur la santé publique dans une nouvelle europe*. Partie deux : Données probantes. UIPES, Paris, France : 151-162.

Ignasse, J. (2005). L'OMS adopte la Charte de Bangkok. *Sciences et Avenir.*
Version en ligne : http://permanent.sciencesetavenir.com/

Kickbush, I. (2005). The dynamics of health promotion: from Ottawa to Bangkok.
Reviews of Health Promotion and Education Online.
Version en ligne: www.rhpeo.org/reviews/2005/1/index.htm

Témoignages. (2005). L'OMS fait de la réduction des inégalités son cheval de bataille. *Témoignages*, le mercredi 17 août 2005 (page 2).
Version en ligne : www.temoignages.re/article.php3?id_article=10420

Marzouki, M. (2005). D'Ottawa à Bangkok et au-delà : la nécessité de redéfinir la promotion de la santé. *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/4/index.htm

Mittelmark, M. B. (2005). Charters, Declarations, World Conferences: Practical Significance for Health Promotion Practitioners « on the ground ». *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/3/index.htm

Moodie, R. (2004). Mesurer l'efficacité des politiques de promotion de la santé : quelles leçons tirer des succès australiens ? *Promotion & Education,* Hors série 1 : 28-32.

Nutbeam, D. (2005). What would the Ottawa Charter look like if it were written today ? *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne :www.rhpeo.org/reviews/2005/19/index.htm

Nyamwaya, D. (2003). Health promotion in Africa: Strategies, players, challenges and prospects. *Health Promotion International,* Juin, 18 (2) : 85-7.

O'Neill, M. (2005). La Charte de Bangkok aura-t-elle autant d'impact que celle d'Ottawa ? *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/2/index.htm

Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.* Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, Ontario, Canada, 21 novembre 1986.

Organisation mondiale de la Santé (2002). *Lignes directrices pour l'organisation des activités de promotion de la santé dans les pays de la région africaine*. OMS, Brazzaville.

Organisation mondiale de la Santé (2005a). *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.* Sixième conférence internationale pour la promotion de la santé, Bangkok, Thaïlande, 11 août 2005.

Organisation mondiale de la Santé (2005b). *Promotion de la santé : adoption de la Charte de Bangkok pour répondre aux enjeux de la santé mondiale.* Version en ligne : www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/fr/print.html

Piette D. (2006). Symphonie inachevée. *Education Santé,* n° 208, janvier 2006.

Promotion Santé Suisse. (2005). *Adoption de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé !*
Version en ligne : www.promotiondelasante.ch/fr/about/news/news_detail.asp?id=226

Restrepo, H. E. (2005). Carta de Ottawa: necesidad de reforma ? *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/14/index.htm

Ridde, V. (2005). Une triple interrogation à propos de la Charte de Bangkok. *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/9/index.htm

QUELQUES DEFIS DE LA MISE EN OEUVRE DE LA CHARTE DE BANGKOK EN AFRIQUE FRANCOPHONE

Valéry Ridde et Awa Seck

Le contenu de la Charte de Bangkok s'est adapté au contexte actuel de la globalisation des politiques de santé (Lee, 2002). Nous ne reviendrons pas sur certains enjeux majeurs de cette Charte, déjà notés ailleurs (Ride, 2005), comme l'absence d'évaluation préalable de la Charte d'Ottawa ou encore le peu de place consacrée à la lutte contre les inégalités sociales de santé. Après l'énoncé de quelques « facteurs décisifs » plus spécifiques à l'Afrique, nous allons, à la lecture de la Charte de Bangkok, relever trois des nombreux défis essentiels qui se posent au développement de la promotion de la santé sur ce continent tout en proposant trois recommandations potentiellement favorables à la mise en oeuvre de la promotion de la santé dans cette région.

Facteurs décisifs particuliers à l'Afrique

Les rédacteurs de la Charte ont fait cas de « facteurs décisifs » qui ont des incidences particulières sur la promotion de la santé en Afrique. En effet, c'est en Afrique que tous les indicateurs sanitaires sont les plus alarmants et il semble bien que les objectifs du Millénaire n'y seront pas atteints en 2015. Sans parler des ravages connus du sida et de la malnutrition dans la région, c'est vers ce continent que les industriels du tabac et de la « junk food » se tournent, maintenant que les pays à revenus élevés légifèrent pour protéger la santé de leur population. La réorientation des services de santé, amorcée depuis Alma Ata en 1978, n'est pas encore finalisée. Au Burkina Faso par exemple, les hôpitaux et les services centraux consomment encore plus de 50 % du budget de la santé. Les systèmes de soins demeurent largement sous-financés. Depuis des années, une vague de migration du personnel de santé de l'Afrique vers les pays riches s'ajoute au très faible ratio personnel de santé/population. Aujourd'hui, l'Afrique subsaharienne rembourse autant d'intérêt sur sa dette qu'elle ne reçoit d'aide au développement (Labonté, 2004). De surcroît, l'intégration de l'Afrique dans l'économie mondiale est contrainte par les systèmes injustes de subventions des agriculteurs des pays riches et des barrières douanières en place.

Trouver une place à la promotion de la santé en Afrique

En Afrique, la promotion de la santé est un concept relativement peu connu (Nyamwaya, 2005), la santé publique ayant le monopole des mots et des pratiques. La Charte de Bangkok qui ne distingue pas clairement ces deux approches, n'apporte que de la confusion aux quelques Africains qui s'identifient à la promotion de la santé. La Charte affirme par exemple que « promouvoir la santé … [est] une fonction essentielle de la santé publique », dont l'objet serait la « lutte contre les maladies »; cette double assertion ne semble pas encore faire l'unanimité chez les experts. Or, en Afrique, les programmes qui font appel à la Charte d'Ottawa sont très rares, même si nombre d'entre eux emploient l'une ou l'autre de ses cinq stratégies. Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour rendre intelligible la préséance de la santé publique mais faute de place, nous limiterons notre propos aux deux plus importants, selon nous. Premièrement, l'Afrique francophone est traditionnellement plus tournée vers la France ou la Belgique que vers le Canada. Or, nous savons que ce premier pays ne brille ni pour ses actions en promotion de la santé — pas plus en santé publique selon certains (Fassin, 2005) —, ni pour celles visant les déterminants sociopolitiques des inégalités de santé (Ridde, 2004). En France, le paradigme d'une santé publique biomédicale où l'éducation pour la santé y est mieux connue et plus pratiquée que la promotion de la santé perdure. Compte tenu de l'histoire qui relie ces deux régions du monde, des études professionnelles que de nombreux Africains reçoivent en France et de l'importance de la coopération française, c'est ce modèle biomédical qui est largement pratiqué en Afrique francophone. Deuxièmement, la Charte d'Ottawa est née presque 10 ans après la déclaration d'Alma Ata. Or, les soins de santé primaires sont amplement connus des intervenants africains de santé publique, contrairement à la promotion de la santé (Seck, Morin, et O'Neill, 2003) . À l'instar d'autres pays de la région, le Sénégal a, bien avant la Charte d'Ottawa, intégré des activités préventives et promotionnelles dans son paquet minimum d'activités de santé. La perspective des soins de santé primaires est évidemment plus restreinte que celle de la promotion de la santé, mais la première reste la référence des professionnels de santé. Ceci explique certainement pourquoi, au Sénégal, l'intégration souhaitée de la promotion de la santé formulée lors des Assises nationales de la santé en 2000 n'est toujours pas concrétisée. En guise de recommandation pour ce défi particulier, nous souhaitons que les prochaines chartes mettent l'accent sur le renforcement des capacités des institutions et des ressources humaines africaines en promotion de la santé.

Développer et partager des connaissances adaptées au contexte africain

La Charte de Bangkok, fidèle au courant actuel des données probantes, insiste sur les « nouvelles possibilités » de « mise en commun des expériences » et sur ses « stratégies éprouvées ». Face à la rareté de ressources et à la pression de l'evidence-based medicine, de multiples travaux sont en cours pour démontrer l'efficacité de la promotion de la santé (Hills, Carroll, et O'Neill,. 2004). Nous ne traiterons pas dans cet article des enjeux épistémologiques consubstantiels de ces démonstrations de l'efficacité. Ce que nous souhaitons surtout exprimer concerne les défis des acteurs africains à disposer de ces résultats. Premièrement, il faut préciser que la grande majorité des recherches en cours pour tenter de se doter, soit d'un cadre d'analyse de l'efficacité, soit des preuves de l'efficacité, se déroule ailleurs qu'en Afrique. Il existe bien un volet africain au programme mondial sur l'efficacité en promotion de la santé de l'Union International de Promotion et d'Éducation pour la Santé, mais il est limité par ses moyens et essentiellement porté et orienté vers l'Afrique anglophone. Si nous nous réjouissons de ces travaux mondiaux et si leur pertinence scientifique n'est pas à remettre en cause, nous sommes en droit de nous interroger sur le caractère transférable de leurs conclusions. Pour reprendre les deux termes évoqués dans un récent article, malgré tout le sérieux de ces entreprises, il est possible de douter de leur *applicability* et de leur *transferability* en Afrique (Ridde, 2004). Deuxièmement, il faut reconnaître que les rares chercheurs et promoteurs de la santé en Afrique n'ont, au mieux, qu'un faible accès à ces travaux de recherche, au pire, strictement aucun accès. La plupart de ces travaux sont écrits en anglais et reposent sur des analyses d'expériences elles-mêmes écrites en anglais. Ces données probantes sont diffusées, soit dans des colloques scientifiques où les Africains ne peuvent que rarement aller, soit dans des revues scientifiques inaccessibles. Si le fossé numérique commence doucement à se combler, du moins pour les privilégiés qui vivent dans les capitales africaines, ces revues sont encore payantes et onéreuses. Certaines initiatives ont cours pour favoriser l'accès gratuit aux revues (HINARI, PLoS, Erudit) mais l'écart est toujours réel. Pour mieux développer et partager les connaissances sur l'efficacité des interventions en promotion de la santé en Afrique, il faut, d'une part, une grande initiative internationale pour déployer des recherches sur le sujet en Afrique. D'autre part, il faut que les prochaines chartes insistent sur l'importance de rendre les travaux accessibles au plus grand nombre d'Africains incluant leurs responsables politiques.

Favoriser la participation de tous les acteurs concernés

La Charte de Bangkok s'interroge sur l'écart qui peut encore subsister entre « les textes et leur mise en œuvre », ce que l'on qualifie dans l'étude des politiques publiques par implementation gap. Nous oserons formuler l'hypothèse que cet écart s'explique en grande partie — comme cela a été mis au jour depuis longtemps pour les politiques publiques (Ridde, 2004) — par la focalisation des organisateurs des chartes sur le contenu de ces dernières au détriment du processus. Nous avons eu la chance de participer à un débat entre francophones préalablement à la conférence de Bangkok. Mais sur les 35 contributions parues sur le forum mis en ligne à cet effet, il n'y en a eu que deux provenant d'Africains. Il faut se souvenir qu'aucun délégué africain n'était présent à Ottawa en 1987 (Nyamwaya, 2005) et leur représentation à Bangkok était faible. De surcroît, on peut douter du processus mis en œuvre par l'Organisation mondiale de la Santé, avant l'adoption de la Charte, pour s'assurer d'une pleine participation des Africains à la définition du contenu. La société civile africaine n'a pas été consultée alors que les quelques rares spécialistes africains de la promotion de la santé ont déjà dit que « ordinary people usually participate only passively in the health promotion process » (Nyamwaya, 2003). Si rien n'a été fait a priori, nous n'avons pas eu connaissance d'activités majeures réalisées a posteriori pour informer les populations de l'existence de cette nouvelle charte. L'Afrique serait-elle à la marge de la « mondialisation » de la promotion de la santé? Nous recommandons qu'à l'avenir, les organisateurs des conférences mondiales de promotion de la santé affirment, au-delà des discours, l'importance de la participation des communautés à la formulation des chartes et s'assurent que des moyens endogènes et exogènes soient déployés à cet effet.

Notes biographiques

Valéry Ridde, Ph.D., est chercheur post-doctoral à l'Unité de Santé Internationale de l'Université de Montréal. Ses travaux de recherche en santé mondiale portent sur l'évaluation de programme, les politiques publiques de santé, la promotion de la santé et le financement des services de santé.

Awa Seck, Msc., est étudiante au doctorat en santé communautaire de l'Université Laval. Ses intérêts de recherche portent sur la gestion des services de santé, la formation des personnels de santé, la promotion de la santé et le vieillissement de la population en Afrique.

Références bibliographiques

Lee, K., K. Buse, et S. Fustukian (Eds) (2002). *Health policy in a globalising world.* Cambridge : Cambridge University Press

Ridde , V. (2005). Une triple interrogation à propos de la Charte de Bangkok. *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/9/index.htm.

Labonté, R., et coll. (2004). *Fatal Indiffrence. The G8, Africa and Global Health.*
Ottawa : IDRC-UTC Press. 380.

Nyamwaya, D. (2005) Trends and factors in the development of Health Promotion in Africa, 1973-2003. Dans *Promoting Health, Global Perspectives* (p. 167-178). Londre : A. Scriven et S. Garman, Editors.

Fassin, D. (2005). *Faire de la santé publique.* Rennes : Editions de l'ENSP.

Ridde, V. (2004). Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé. *Recherches Sociographiques,* XLV (2) 343-364.
Version en ligne : www.erudit.org/revue/rs/2004/v45/n2/index.html.

Seck, A., Morin. D., et O'Neill, M. (2003). L'étude des besoins de formation continue en promotion de la santé pour les infirmières et infirmiers chefs de postes de santé au Sénégal. *Promotion & Education,* X (2) 81-86.

Hills, M.D., Carroll, S. et O'Neill, M. (2004). Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements nord-américains récents. *Promotion & Education,* Spec no 1 : p. 17-21, 49.

Wang, S., Moss, J.R., et Hiller J.E. (2006). Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promotion International,* 21 (1) 76-83.

Ridde, V. (2004). Kingdon à Bamako : conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique. *Politique et sociétés,* 23 (2-3) 183-202.
Version en ligne : www.erudit.org/revue/ps/2004/v23/n2-3/010889ar.html

Nyamwaya, D. (2003). Health promotion in Africa: strategies, players, challenges and prospects. *Health Promotion International,* 18 (2) 85-87

[2]

POINTS DE VUE

LA CHARTE DE BANGKOK

Quel est le véritable enjeu ?

Guylaine Chabot*

Le point de vue exposé concernant la Charte de Bangkok est celui d'une chargée de cours en milieu universitaire au module Sciences de la santé, ayant une expérience diversifiée comme professionnelle en santé communautaire, notamment, en santé des jeunes. Dans le cadre d'un séminaire doctoral en promotion de la santé, j'ai engagé une réflexion sur la portée de la Charte de Bangkok qui ouvre essentiellement sur les questions suivantes : Pourquoi une deuxième charte ? Des impératifs politiques sont-ils en cause ?

Pourquoi une deuxième charte ?

Selon Le Grand dictionnaire (2006) : « La Charte donne en quelque sorte l'existence officielle et juridique… elle en est l'acte de naissance ». En ce sens, la Charte d'Ottawa est la consécration originelle de la promotion de la santé (Aubin, 2005). En outre, la Charte d'Ottawa présente des fondements de promotion de la santé qui s'appliquent à la communauté internationale et qui tiennent toujours la route après 20 ans (Ridde, 2005). La Charte de Bangkok réitère les valeurs et principes même de la charte-mère et de certaines des déclarations et recommandations ultérieures, à l'exemple de l'établissement et du renforcement des réseaux nationaux et internationaux prônés par la Déclaration ministérielle de Mexico (OMS, 2000) et de l'engagement envers la santé publique à l'échelle mondiale lors des conférences d'Adélaïde (OMS, 1998) et de Sundsvall (OMS, 1991). À mon avis, afin d'éviter que la promotion de la santé demeure au niveau de la rhétorique, ne faudrait-il pas d'abord s'assurer de l'application globale et concertée des cinq stratégies de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), puis évaluer son efficacité dans tous les pays signataires avant de penser à la création d'une deuxième charte de promotion de la santé ?

* L'auteure est candidate au PhD en santé communautaire à l'Université Laval au Québec.

Le point de vue exposé concernant la Charte de Bangkok est celui d'une chargée de cours en milieu universitaire au module Sciences de la santé, ayant une expérience diversifiée comme professionnelle en santé communautaire, notamment, en santé des jeunes. Dans le cadre d'un séminaire doctoral en promotion de la santé, j'ai engagé une réflexion sur la portée de la Charte de Bangkok qui ouvre essentiellement sur les questions suivantes : Pourquoi une deuxième charte ? Des impératifs politiques sont-ils en cause ?

Pourquoi une deuxième charte ?

Selon Le Grand dictionnaire (2006) : « La Charte donne en quelque sorte l'existence officielle et juridique… elle en est l'acte de naissance ». En ce sens, la Charte d'Ottawa est la consécration originelle de la promotion de la santé (Aubin, 2005). En outre, la Charte d'Ottawa présente des fondements de promotion de la santé qui s'appliquent à la communauté internationale et qui tiennent toujours la route après 20 ans (Ridde, 2005). La Charte de Bangkok réitère les valeurs et principes même de la charte-mère et de certaines des déclarations et recommandations ultérieures, à l'exemple de l'établissement et du renforcement des réseaux nationaux et internationaux prônés par la Déclaration ministérielle de Mexico (OMS, 2000) et de l'engagement envers la santé publique à l'échelle mondiale lors des conférences d'Adélaïde (OMS, 1998) et de Sundsvall (OMS, 1991). À mon avis, afin d'éviter que la promotion de la santé demeure au niveau de la rhétorique, ne faudrait-il pas d'abord s'assurer de l'application globale et concertée des cinq stratégies de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), puis évaluer son efficacité dans tous les pays signataires avant de penser à la création d'une deuxième charte de promotion de la santé ? En effet, la Charte d'Ottawa était loin d'être mise en oeuvre dans chaque pays (Piette, 2006 ; Ridde, 2005).

Des impératifs politiques sont-ils en cause ?

La Charte d'Ottawa, initiative des pays nordiques (O'Neill, 2005), est perçue par certains pays en développement comme la Charte des pays industrialisés (Piette, 2006). Or, la création d'une charte à Bangkok semble établir un équilibre entre les pays développés et en développement, du moins en surface. Pourtant, certains l'ont déjà mentionné, l'appel à la coopération lancée aux multinationales et au secteur corporatif par la Charte de Bangkok est encore trop faible (Restrepo, 2005). De façon plus spécifique, des propositions comme l'enrayement de la dette des pays du tiers monde ou, mieux encore, la réglementation d'un prix équitable pour les matières premières, n'ont pas été entérinées (Piette, 2006). En outre, dans sa tentative de rallier la population mondiale à travailler main dans la main, l'OMS a-t-elle, par ce dédoublement de charte, commis une erreur stratégique qui risque de créer deux clans, celui du nord et celui du sud, avec pour conséquence, une perte de crédibilité pour

ce champ relativement jeune qu'est la promotion de la santé ? Par ailleurs, faut-il mentionner que la Charte de Bangkok, en plus de reprendre les principes de la charte-mère, reprend sensiblement la même façon de faire par la voie de consultation des experts (Restrepo, 2005), manquant ainsi, une occasion inouïe d'ajouter à sa légitimité et d'innover en accord avec les préoccupations actuelles dans le champ de la promotion de la santé en matière de participation populaire.

Or, pour toutes ces raisons, je soupçonne que les motifs qui sous-tendent la création d'une deuxième charte sont davantage d'ordre politique. Il reste à voir si le fait d'élever les déclarations de la 6è Conférence de Bangkok au rang de charte aura l'effet escompté sur la promotion de la santé dans une perspective mondiale. Dans la conjoncture actuelle, permettez-moi d'en douter.

IMPLICATIONS PRATIQUES DE LA CHARTE DE BANGKOK POUR LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LES PAYS DU SUD

Alain Nt.Rumenge*

Professionnel de santé et agent en santé communautaire, notre regard porte sur les applications pratiques de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé dans les pays du tiers monde. En effet, les chartes, les déclarations des organisations onusiennes, ainsi que certains cadres de réflexions de ses experts internationaux semblent ne pas tenir compte des réalités tant politico-économiques, que socioculturelles de tous les pays membres. Souvent, force est de constater que les politiques qu'ils élaborent sont à deux ou plusieurs vitesses. Faisant du modèle des pays développés l'exemple à suivre, globalisation aidant, on ne peut regretter que ces politiques demeurent des vœux pieux pour les pays du tiers monde ! Oh combien était louable le slogan de la santé pour tous d`ici à l`an 2000 ! Les rythmes de ce chant du cygne d'Alma-Ata, exemple typique de cette dissymétrie persistante et grandissante au sein des pays membres de l`Organisation des Nations Unies, retentissent encore dans nos tympans.

De ce fait, assumons qu'en ce qui concerne le domaine de la santé des populations, l'OMS et ses experts, avant d`élaborer les cadres devant régir tous ses pays membres, tablent uniquement sur les réalités des pays développés ?

Certes, la promotion de la santé s'impose comme un nouveau modèle socio-économique de la santé, mais parler de promotion de la santé dans certains pays du tiers monde (membres de l'OMS) n'est qu'un leurre d`esprit. On ne peut pas parler de promotion de la santé lorsque la prévention va de mal en pis, et/ou que les indicateurs de la santé n'ont aucun rapport avec les normes établies. Autrement dit, on ne peut pas parler de promouvoir la santé là où les données chiffrées de celle-ci sont pharamineuses.

---

* L'auteur est infirmier de formation, diplômé en enseignement en sciences de la santé de l'Institut roman en Santé de Lausanne en Suisse et en Santé communautaire de l'Université Laval au Québec. Il est actuellement chargé de cours au Kigali Health Institute.

La mise en œuvre de la promotion de la santé exige un personnel qualifié ayant des compétences du savoir et du savoir-faire, des infrastructures et des cadres réglementaires. Or, l'insuffisance est patente en ce qui concerne ces préalables dans ces pays du tiers monde. Ainsi, parler de la promotion de la santé peut sembler une chimère, alors que même pour le curatif les lacunes sont flagrantes.

Bien que pouvant passer pour un préjugé, les lecteurs pourraient être surpris de savoir qu'au retour de Bangkok, le contenu de la Charte n'a pas fait l'objet de discussion au sein des conseils ministériels ou des organisations habilitées des divers pays africains. Et même si la discussion a eu lieu, elle n'a attiré l`attention que dans une moindre mesure et est restée l'affaire du seul ministère de la Santé. Considérant que ce ministère n'a pas une rubrique de la promotion de la santé dans sa matrice budgétaire (ce qui est souvent le cas pour plusieurs raisons), celle-ci se trouve reléguée aux calendes grecques.

« Pessimiste » diraient les uns, « Alarmiste » diraient les autres. Non, c'est juste une transcription de la triste réalité. Ce témoignage brut peut servir de preuve. Professionnel de santé ayant enseigné à un moment donné le cours de santé publique aux élèves infirmiers, ayant une expérience professionnelle d'à peu près le même âge que la Charte d`Ottawa, nous n'avons pris connaissance de la teneur de celle-ci qu'en 2003, lorsque nous commencions nos études de maîtrise en Santé communautaire à l'Université Laval. Nos facultés mnésiques nous font défaut pour nous remémorer avec précision quand et dans quelles circonstances, nous avons entendu parler de cette Charte d'Ottawa.
Grosso modo, loin de nous la prétention d'apprendre à l'Assemblée mondiale de la Santé que, du Québec jusqu'en Haïti et en Colombie en passant bien sûr par Ottawa (la ville qui a vu naître la Charte), Toronto, New York et Mexico, les réalités sont les mêmes. Autrement dit, comment voulez-vous que l`Organisation des Nations Unies fasse de la possession d`une meilleure santé l'un des droits fondamentaux de l'être humain, alors que la majorité des peuples de ces pays en développement ne sait pas qu'il a des droits ? C'est comme commencer par la fin. Autres cieux, autres réalités. Dans certaines villes africaines, parler de la promotion de la santé comme étant un droit fondamental c'est comme parler des merveilles bibliques dans certains milieux québécois. Certainement que, dans les deux situations bon nombre de gens te prendront pour un détraqué mental. Amèrement, nous ne faisons que retranscrire noir sur blanc, une évidence qui ne vaut pas la peine d'être démontrée et que d'autres auront tendance à réfuter du revers de la main. À titre personnel, nous faisons un effort pour la pratiquer, nous l'enseignerons. Ces actions feront-elles tache d'huile ? Optimiste en déliquescence ou tout simplement défaitiste ? Absolument pas. Nous sommes en quête d`une lueur au bout du tunnel.

L'ENVIRONNEMENT OUBLIÉ À BANGKOK

Véronique Bouttin*

Adoptée le 11 août 2005, la Charte de Bangkok déçoit par son manque d'ouverture. Si la promotion d'environnements sains était déjà inscrite au cœur d'Ottawa, les champs de l'Environnement et de la Promotion de la santé restent encore confinés dans des sphères trop largement hermétiques l'une à l'autre.

Un environnement malade nuit gravement à notre santé. « Quelque 400 000 Européens meurent prématurément chaque année à cause de la pollution atmosphérique. Les maladies provoquées par la concentration actuelle de particules en suspension dans l'air entraînent plus de 100 000 hospitalisations supplémentaires chaque année », nous avertit l'Union Européenne dans son programme « Air pur pour l'Europe » (CAFE). Autre donnée, un Européen sur deux sera allergique en 2020 ! La recherche met en cause l'environnement, à savoir, l'influence de la pollution intérieure et extérieure, et la qualité de la nourriture. « Les raisons de cette augmentation des allergies et de l'asthme ne sont pas clairement établies mais des données épidémiologiques évidentes montrent que cet accroissement est principalement dû aux modifications de notre environnement social et physique », explique le Professeur Paul van Cauwenberge, coordinateur du projet GA_LEN (Global Allergy and Asthma European Network).

Les épidémiologistes n'ont jamais connu de cohorte aussi grande : c'est bien l'ensemble de la population qui est exposée. L'ozone ne s'arrête pas aux limites des villes et est même mesurée en concentration plus forte dans les campagnes. Les substances chimiques sont partout : l'alimentation, les jouets, les ordinateurs, les fauteuils et même nos corps humains… La pollution intérieure et son cortège de polluants ont élu domicile dans nos maisons, nos lieux de travail, nos cinémas. Les ondes électromagnétiques nous cernent de toute part, la pollution automobile n'a pas de frontière, les allergies explosent, notamment chez les enfants.

Graves et fréquents, les problèmes de santé environnemental sont-ils également vulnérables ? Mais en partie, oui ! À la conférence des Ministres de la santé et de l'environnement (Région OMS Europe) en juin 2004 à Budapest,

* L'auteure est chargée de mission santé environnement pour Inter-environnement Wallonie en Belgique.

des engagements forts ont été pris pour diminuer la charge de l'environnement sur la santé humaine. L'Union européenne légifère : des « valeurs guides » ou « objectifs de qualité » sont fixées pour certains des polluants visés (SO2, poussières, NO2) ; elles correspondent aux concentrations pour lesquelles les effets sur la santé sont négligeables et vers lesquelles il faudrait tendre en tous points du territoire (voir la directive 80/779/CEE du Conseil du 15 juillet 1980). Est-ce suffisant ? L'anticipation des problèmes environnementaux reste et restera encore longtemps d'une importance cruciale. Le respect des législations en vigueur et des conditions d'exploitation des entreprises est déjà une mesure efficace pour prévenir les pollutions. Restent encore les initiatives des autorités politiques, largement inexistantes ou timorées à l'heure actuelle, en matière de transport, d'énergie, de substances chimiques, d'air, d'eau, de pesticides … Qu'en est-il pour le citoyen ? Négociée dans le cadre de la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies (CEE-NU), la convention relative à l'accès à l'information, la participation du public au processus décisionnel et l'accès à la justice en matière d'environnement a été signée le 25 juin 1998 à Aarhus (Danemark).

Cette Convention d'Aarhus a pour objectif de rendre accessibles au public les informations relatives à l'environnement pour permettre aux individus d'être acteurs de la sauvegarde de leur cadre de vie. Les autorités sont obligées de communiquer les informations officielles sollicitées par les citoyens, mais aussi de rendre les documents aisément accessibles, en les mettant à disposition des citoyens par Internet par exemple. Au niveau européen, cette convention a été coulée en une directive (Directive 2003/4/CE). Encore insuffisamment connue du grand public et des acteurs de santé, son application fait clairement défaut, rendant ainsi le citoyen impuissant dans sa quête d'informations relatives à son environnement.

L'information des citoyens en matière d'environnement est d'ailleurs largement déficitaire. Les pollutions intérieures font l'objet de recherches et de travaux importants depuis de nombreuses années et les résultats des mesures sont inquiétants. Qui cependant prendra en charge la communication sur les dangers non seulement du tabagisme passif mais également du CO, du radon, des substances chimiques, des moisissures et des allergènes qui contaminent nos habitations ? (Voir à ce sujet, le travail d'Espace environnement). Les questions de mobilité et de pollutions, notamment automobile, commencent à recevoir une écoute dans le chef des citoyens confrontés quotidiennement aux embouteillages et à l'air vicié de nos cités ; elles sont malheureusement largement contrebalancées par une publicité agressive pour les salons de l'auto, la climatisation ou les 4x4, grands pollueurs et consommateurs d'énergie non renouvelable.

En 2004, plusieurs scientifiques de renom, à l'initiative du Pr. Belpomme ont lancé publiquement l'Appel de Paris. Ils rappelaient que « le développement de nombreuses maladies actuelles est consécutif à la dégradation de l'environnement, que la pollution chimique constitue une menace grave pour l'enfant et pour la survie de l'Homme et enfin que notre santé, celle de nos enfants et celle des générations futures étant en péril, c'est l'espèce humaine qui est elle-même en danger ». Les entendrons-nous ?

Le monde a en face de lui des défis majeurs : changement climatique, destruction des écosystèmes, urbanisation, accès à l'eau potable, nouvelles pathologies (SRAS, peste aviaire), pollutions diffuses, etc. - la liste n'est pas exhaustive. Le secteur de la Promotion de la santé doit dès à présent aider à relever ces défis, pour nous-mêmes mais aussi pour les générations futures. Le développement durable relève de la responsabilité de tous et de chacun.

LES COMMENTAIRES DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE PROMOTION DE LA SANTE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE SUR LA CHARTE DE BANGKOK

Une charte est un texte fondateur. Dans la mesure où celui de la Charte de Bangkok s'inscrit explicitement dans la continuité de la Charte d'Ottawa, il eût peut-être mieux valu lui trouver une autre appellation. Un « moyen terme» entre « charte » et par exemple « déclaration » aurait pu être proposé. La dénomination retenue pourrait faire croire, à tort, que la présente charte annule et remplace celle de 1986, dont les lignes de force restent aujourd'hui encore d'une grande pertinence. Il est important de réaffirmer vingt ans plus tard l'avancée majeure qu'a été pour la santé publique la Charte d'Ottawa.

Quelle place pour le secteur privé ?

Au-delà de la sémantique, la place accordée au secteur privé mérite le débat. Il est intéressant, voire inévitable de reconnaître au secteur privé des responsabilités dans divers domaines de la santé. À l'heure de la mondialisation marchande, le secteur privé a probablement un rôle important à jouer, en particulier dans les pays en développement qui ont peu de ressources collectives à consacrer à la santé.

Donc, oui au secteur privé s'il réalise des investissements dans des secteurs productifs de bonne santé. Oui au secteur privé s'il fournit un revenu décent à de nombreux travailleurs, s'il leur offre de bonnes conditions de travail, si ses moyens de production sont respectueux de l'environnement et de la qualité de vie des communautés locales. Car c'est dans ces actions qu'il agira le plus positivement sur les déterminants de santé et contribuera réellement à une amélioration de la santé des populations.

Toutefois, en considérant le secteur privé comme un partenaire à part entière, au même titre que les pouvoirs publics, les ONG et les communautés locales, dans l'engagement en faveur de la santé, la Charte de Bangkok introduit une confusion des rôles et objectifs assignés aux différents acteurs. Placer le secteur privé, dans un cadre de mondialisation, à un niveau organisationnel équivalent à celui des autres acteurs, c'est lui reconnaître un statut qui ne permettra probablement plus de lui imposer si nécessaire le respect de règles émanant des secteurs publics, ou l'adhésion aux valeurs véhiculées par le secteur associatif ou la société civile.

N'oublions pas que l'objectif primordial du secteur privé est de faire un

maximum de bénéfices, ce qui est souvent en contradiction avec les objectifs de la promotion de la santé et des pouvoirs publics dont la visée est l'intérêt et le bien-être collectifs. Le privé a d'abord et avant tout une visée de rentabilité.
Cette dernière n'est pas condamnable en soi, mais induit fréquemment des conflits d'intérêt que le secteur privé tranchera au mieux de ses intérêts partisans plutôt qu'en faveur de la santé collective. C'est pourquoi ses engagements « au profit de la santé publique » doivent être régulés, voire contrôlés ou réglementés.
Sa capacité importante à investir des moyens dans la santé ne suffit pas à lui reconnaître automatiquement une image d'honorabilité. D'ailleurs, force est de reconnaître que l'image de respectabilité sociétale que veut se donner le secteur privé ne correspond guère à la réalité tant au niveau local qu'international. L'exemple de l'industrie du tabac, qui a changé son discours pour des raisons de protection juridique sans rien modifier à ses pratiques mortifères montre clairement qu'il est illusoire d'attendre de l'ensemble du secteur privé un réel engagement en faveur de la santé publique. D'autres exemples moins connus pourraient être évoqués.

Des manques regrettables

La Charte de Bangkok ne fait plus explicitement référence à une réorientation des services de santé, un axe de la Charte d'Ottawa qui apparaissait pourtant comme essentiel pour la réussite de l'implantation de la promotion de la santé.
L'omission de l'éducation comme facteur décisif pour agir sur les déterminants de la santé est tout aussi préoccupante, alors qu'elle est reconnue dans tous les pays comme un élément fondamental et fortement générateur de bonne santé.

Une avancée constructive

L'affirmation que la place de la promotion de la santé est au centre de l'action mondiale en faveur du développement et l'importance donnée à la société civile, c'est-à-dire aux milieux de vie et aux communautés locales, sont par contre des éléments de toute première importance dont il convient de souligner le caractère résolument positif.

In fine, le Conseil estime qu'il serait intéressant que la Charte de Bangkok soit considérée comme un document intermédiaire et qu'elle soit renvoyée aux Régions de l'OMS pour que celles-ci la finalisent en fonction de leurs propres réalités, sensibilités et cultures.

Conseil supérieur de promotion de la santé,
Belgique, Bruxelles, 17 février 2006

Références bibliographiques dans points de vue

Aubin, K. (2005). Chartes, déclarations, recommandations : Quelle est la portée de ces documents en promotion de la santé ? *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/15/index.htm

Association pour la Recherche Thérapeutique Anti-Cancéreuse - ARTAC (2004). *L'Appel de Paris.*
Version en ligne : www.artac.info

Communauté économique européenne (1980). *Directive 80/779/CEE du Conseil, du 15 juillet 1980, concernant des valeurs limites et des valeurs guides de qualité atmosphérique pour l'anhydride sulfureux et les particules en suspension* - Document 380L0779.
Version en ligne : www.admi.net/eur/loi/leg_euro/fr_380L0779.html

Commission économique pour l'Europe des Nations Unies (1998). *Convention sur l'accès à l'information, la participation du public au processus décisionnel et l'accès à la justice en matière d'environnement.*
Version en ligne : http://www.fne.asso.fr/PA/eau/dos/aarhus.pdf

Commission Européenne (2005). Pollution atmosphérique. Il est grand temps d'assainir notre atmosphère. *L'environnement pour les européens,* Magazine de la Direction générale de l'environnement, Édition nº 20, juin 2005, pp. 4-5.
Version en ligne : http://ec.europa.eu/environment/news/efe/pdf/news20_fr.pdf

Espace environnement.
Site Internet : www.espace-environnement.be (consulté en 2005).

Global Allergy and Asthma European Network.
Site Internet : www.ga2len.net (consulté en 2005).

Le Grand dictionnaire terminologique (2006).
Version en ligne : www.granddictionnaire.ca/btml/fra/r_motclef/index800 1.asp

Organisation mondiale de la Santé – Région Europe (2004). *Un futur pour nos enfants.* Budapest : Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, 23–25 juin 2004, EUR/04/5046267/6.
Version en ligne : www.euro.who.int/document/e83336.pdf

Organisation mondiale de la Santé (2000). *Mexico ministerial statement for the promotion of health.* Fifth global conference on health promotion, Health promotion : bridging the equity gap, Mexico city.
Version en ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/statement/en - Consulté le 15 janvier 2006.

Organisation mondiale de la Santé (1998). *Adelaide recommandations on healthy public policy.* Second international conference on health promotion, Adelaide, South Australia.
Version en ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en

Organisation mondiale de la Santé (1991). *Sundsvall Statement on supportive environments for health.* Third international conference on health promotion, Sundsvall, Sweden.
Version en ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en

O'Neill, M. (2005). La Charte de Bangkok aura-t-elle autant d'impact que celle d'Ottawa? *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Accès : www.rhpeo.org/reviews/2005/2/index.htm

Parlement Européen (2003). Directive 2003/4/CE du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2003 concernant l'accès du public à l'information en matière d'environnement et abrogeant la directive 90/313/CEE du Conseil. *Journal officiel de l'Union européenne,* 14 février 2003, L 1/26.
Version en ligne : www.mesure-radioactivite.fr/media/document/directive2003_4_CEinformation.pdf

Piette, D. (2006). Symphonie inachevée. Le processus d'écriture de la charte : participation réelle mais difficile. *Education Santé,* 208.
Version en ligne : www.educationsante.be/es/article.php?id=718

Restrepo, H. E. (2005). Comment about the Bangkok Charter. *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/29/index.htm

Ridde, V. (2005). Une triple interrogation à propos de la Charte de Bangkok. *Reviews of Health Promotion and Education Online.*
Version en ligne : www.rhpeo.org/reviews/2005/9/index.htm

CONCLUSION

Au terme de ce projet de publication, qui a été amorcé il y a un peu plus d'un an, nous avons sélectionné dix textes (parmi plus d'une trentaine) qui tous posent un regard critique sur la Charte de Bangkok. Cela montre un certain intérêt d'une part sur le thème de la promotion de la santé et d'autre part sur le contenu de la Charte de Bangkok. Après la lecture de ces textes, il nous semble pertinent de revenir sur deux questions.

- Pourquoi stimuler une réflexion critique autour de la Charte de Bangkok ?
- Est-ce que le contenu de cette Charte va changer nos pratiques en promotion de la santé ?

D'entrée de jeu, une réflexion critique sur le contenu de documents officiels tels que celui de la Charte de Bangkok, qui oriente le champ de la promotion de la santé, nous apparaît importante si nous souhaitons améliorer les pratiques. Il est par ailleurs regrettable de constater que trop souvent nous ne prenons pas ce temps de réflexion. Les déclarations antérieures (Adélaïde en 1988, Sundsvall en 1991 ou encore Jakarta en 1997) ont finalement suscité peu de débats, peu de critiques. Pourtant, une meilleure connaissance des orientations politiques qui y sont formulées permettrait souvent de mieux « légitimer » nos interventions. Si chacun de nous s'adonnait demain à la relecture des documents officiels qui ont précédé la Charte de Bangkok en commençant par la Charte d'Ottawa, nous prendrions alors conscience d'une part de la hauteur des enjeux qui ont été proposés, et d'autre part, de l'évolution des contenus dans le contexte d'une mondialisation croissante.

Le but de prendre un temps d'arrêt dans nos pratiques pour mieux comprendre les orientations théoriques n'est pas uniquement de pointer les faiblesses et les manquements des textes officiels, mais plutôt de dégager des pistes de réflexion, d'en débattre, de le critiquer, d'y apporter des commentaires. Une telle démarche permet aussi à chacun de s'en approprier le contenu, de l'adapter aux divers contextes sociaux, culturels et institutionnels dans lesquels on pratique et de le confronter à nos actions professionnelles. Une telle démarche réflexive peut nous amener à prendre position, et susciter des changements qui pourraient engendrer un jour une nouvelle déclaration, une nouvelle charte plus ancrée sur nos pratiques en promotion de la santé.

Le champ de la promotion de la santé est fortement influencé par les orientations politiques nationales qui elles-mêmes prennent appui sur de grandes déclarations « rassembleuses » comme celle de la Charte de Bangkok (Organisation mondiale de la santé). Nous aurions tous probablement souhaité

qu'on évalue préalablement le texte fondateur, la Charte d'Ottawa, avant de se donner de nouvelles orientations et d'y faire les éventuels réajustements nécessaires. Cela ressemblerait alors à une sorte d'invitation collective pour une révision de son contenu. Une invitation adressée prioritairement aux professionnels de terrain puisque ce sont eux qui chaque jour se trouvent confrontés aux enjeux des inégalités et des iniquités de santé, au défi d'améliorer l'environnement social et bio-physique des communautés, à l'inadéquation des structures institutionnelles, etc.

Le texte de la Charte de Bangkok s'inscrit pleinement dans ce contexte d'une mondialisation croissante des échanges économiques – surtout - et culturels. D'ailleurs, ce n'est pas un hasard si son intitulé est « La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation ». Elle s'insère pleinement dans un modèle « économique » dont les valeurs peuvent être vues comme en contradiction avec l'atteinte d'un objectif de bien-être. Par ailleurs, comme le signalent plusieurs auteurs, le contenu de la Charte reste à un niveau très général et manque de concret. C'est sans doute mission impossible si on veut que le document soit une référence mondiale. Alors comment un tel document peut-il servir de cadre de référence si l'on ne tient pas compte prioritairement des cadres social, culturel, géographique, etc. ?

Et nous, praticiens de la promotion de la santé ? Bien sûr, la Charte de Bangkok s'adresse à nous – même si comme plusieurs auteurs nous émettons des réserves sur certaines orientations. D'abord, il n'est sans doute pas inutile de rappeler que nos actions peuvent remettre en cause l'ordre social et économique établi. Elles visent avant tout à augmenter le pouvoir de chaque individu, ainsi que des communautés auxquelles il appartient, dans la prise de décision en matière de santé et de qualité de vie. Nos interventions ont dès lors le plus souvent une visée « politique », et en ce sens, elles peuvent faire changer les choses. Elles peuvent aussi inquiéter des groupes de pression qui cherchent à influencer l'individu ; ces groupes de pression qui poussent l'individu à adopter plutôt une conduite « nocives » à sa santé (mais rentable pour eux) plutôt que celui qui n'est pas nocif (et donc non rentables pour eux). Les auteurs dans leurs articles mettent largement l'accent sur cette dimension « politique » dans nos interventions. On pourrait alors reformuler la question en se demandant si nos pratiques de promotion de la santé vont pouvoir changer certains objectifs de la Charte de Bangkok ?

Les réalités économiques et politiques nous obligent le plus souvent à trouver des compromis qui conduisent à la responsabilisation de l'individu. En s'intéressant ainsi à l'ensemble des influences et des facteurs sur la santé des personnes et des communautés, la promotion de la santé est certes passionnante, mais aussi difficile et exigeante.

Le fait de recueillir ces points de vue nous semblait essentiel pour mieux saisir les enjeux actuels de la promotion de la santé. Les textes des auteurs ouvrent une voie dans cette direction. Cet ensemble de textes vise à stimuler le débat et donner lieu ainsi à un enrichissement de notre champ d'action, la promotion de la santé.

Étienne van Steenberghe
Denis St-Amand

ANNEXES

Annexe 1

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

Promotion de la santé – Charte d'Ottawa

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente « Charte » en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la santé.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

Conditions indispensables à la santé

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

Plaidoyer pour la santé

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

Mise en place des moyens

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

Médiation

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres

d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.
Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE

Élaboration de politiques pour la santé

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.
La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires : mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.
La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles.
Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

Création d'environnements favorables

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs.
Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.
L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide - notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation – est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

Renforcement de l'action communautaire

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au coeur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.
Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

Acquisition d'aptitudes individuelles

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.
Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaires des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

Réorientation des services de santé

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.
Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évoluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité.

La marche vers l'avenir

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.
L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'engagement à l'égard de la promotion de la santé

Les participants de cette conférence s'engagent :

• à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs ;
• à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate ;

ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements ;
• à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés ;
• à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être ;
• à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même ;
• à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

Appel pour une action internationale

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.
Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.

Annexe 2

La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation

MONDIALISATION

INTRODUCTION

Champ

La Charte de Bangkok définit les mesures et les engagements nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé par la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.

Objet

La Charte de Bangkok stipule que les politiques et les partenariats destinés à donner aux communautés les moyens d'agir et à améliorer la santé et l'égalité en matière de santé devraient être au centre du développement national et mondial.
La Charte de Bangkok reprend et complète les valeurs, principes et stratégies d'action établis par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et les recommandations des conférences ultérieures sur la promotion de la santé dans le monde confirmées par les États Membres à travers l'Assemblée mondiale de la Santé.

Public visé

La Charte de Bangkok s'adresse à toutes les personnes, associations et organisations essentielles à l'instauration de la santé, y compris :
- les gouvernements et les politiciens à tous les niveaux
- la société civile
- le secteur privé
- les organisations internationales, et
- la communauté de la santé publique.

Promotion de la santé

L'Organisation des Nations Unies reconnaît que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain sans discrimination.
La promotion de la santé repose sur ce droit de l'homme essentiel et offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de la vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel.
Promouvoir la santé consiste à permettre aux gens de mieux maîtriser leur santé et les facteurs qui la déterminent et par-là même d'améliorer leur santé. Il s'agit d'une fonction essentielle de la santé publique qui contribue à la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et contre d'autres menaces pour la santé.

AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Évolution de la situation

Le contexte mondial de la promotion de la santé a sensiblement évolué depuis l'élaboration de la Charte d'Ottawa.

Facteurs décisifs

Voici certains des facteurs décisifs qui ont désormais une incidence sur la santé :
- les inégalités croissantes à l'intérieur des pays et entre eux
- les nouveaux modes de consommation et de communication
- la commercialisation
- les changements environnementaux mondiaux, et
- l'urbanisation.

Autres défis

Les autres facteurs qui agissent sur la santé sont les bouleversements sociaux économiques et démographiques rapides, souvent préjudiciables qui se répercutent sur les conditions de travail, les conditions d'apprentissage, les structures familiales et la culture et le tissu social des communautés.
Les femmes et les hommes sont touchés différemment. La vulnérabilité des enfants et l'exclusion des populations marginalisées, des personnes handicapées et des populations autochtones sont plus prononcées.

Nouvelles possibilités

La mondialisation offre de nouvelles possibilités de coopération en vue d'améliorer la santé et de réduire les risques sanitaires transnationaux pour la santé ; ces possibilités sont les suivantes :

- amélioration des technologies de l'information et de la communication, et
- amélioration des mécanismes de gouvernance mondiale et de mise en commun des expériences.

Cohérence des politiques

Pour gérer les problèmes de la mondialisation, les politiques doivent être cohérentes à tous les niveaux :

- gouvernements
- organismes des Nations Unies, et
- autres organisations, dont le secteur privé.

Cette cohérence renforcera l'observance, la transparence et la responsabilité eu égard aux accords et traités internationaux qui ont des incidences sur la santé.

Progrès accomplis

Des progrès ont eu lieu même s'il reste beaucoup à faire pour placer la santé au centre du développement, par exemple à travers les objectifs du Millénaire pour le développement ; la participation active de la société civile est essentielle au processus.

LES STRATÉGIES DE PROMOTION DE LA SANTÉ À L'HEURE DE LA MONDIALISATION

Interventions efficaces

Les progrès en vue de l'amélioration de la santé dans le monde exigent une fermeté de l'action politique, une large participation et une action soutenue de sensibilisation.

La promotion de la santé repose sur un éventail de stratégies éprouvées dont il convient de tirer pleinement parti.

Mesures requises

Pour progresser dans le mise en œuvre de ces stratégies, tous les secteurs et milieux doivent s'efforcer :

- de défendre la cause de la santé sur la base des droits de l'homme et de la solidarité
- d'investir dans des politiques, des mesures et des infrastructures durables pour agir sur les déterminants de la santé
- de développer les capacités d'élaboration de politiques, de direction, de promotion de la santé, de transfert de connaissances et de recherche et d'information en matière de santé
- de réglementer et de légiférer afin d'assurer un niveau élevé de protection et d'assurer l'égalité des chances en matière de santé et de bien-être pour tous les individus
- d'établir des partenariats et des alliances avec le secteur public, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et internationales et la société civile afin de mettre en place des actions durables.

ENGAGEMENT EN FAVEUR DE LA SANTÉ POUR TOUS

Justification

Le secteur de la santé a un rôle directeur clé à jouer dans la mise en place de politiques et de partenariats en faveur de la promotion de la santé.
Une approche intégrée au niveau des politiques générales au sein des organisations gouvernementales et internationales, ainsi que la volonté de collaborer avec la société civile et le secteur privé et avec tous les milieux, sont indispensables si l'on veut progresser et agir sur les déterminants de la santé.

Principaux engagements

Les quatre principaux engagements consistent à :

1. placer la promotion de la santé au centre de l'action mondiale en faveur du développement
2. faire de la promotion de la santé une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public
3. faire de la promotion de la santé un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile
4. faire de la promotion de la santé une exigence de bonne pratique au

niveau des entreprises

1. Placer la promotion de la santé au centre de l'action mondiale en faveur du développement

Des accords intergouvernementaux solides susceptibles d'améliorer la santé et la sécurité sanitaire collective sont nécessaires. Les organismes gouvernementaux et internationaux doivent s'efforcer de combler l'écart entre riches et pauvres en matière de santé. Des mécanismes efficaces de gouvernance mondiale s'imposent pour contrer tous les effets préjudiciables:

- du commerce
- des produits
- des services, et
- des stratégies de commercialisation

La promotion de la santé doit faire partie intégrante de la politique intérieure et étrangère et des relations internationales, y compris dans les situations de guerre et de conflit.
Pour cela, il faudra promouvoir le dialogue et la coopération entre les États, la société civile et le secteur privé. Ces efforts peuvent s'inspirer de l'exemple des traités existants tels que la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac.

2. Faire de la promotion de la santé une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public

Tous les gouvernements à tous les niveaux doivent s'attaquer d'urgence aux problèmes de santé et aux inégalités en matière de santé car la santé est un des déterminants majeurs du développement politique et socio-économique. Les autorités locales, régionales et nationales doivent :

- donner la priorité aux investissements dans le domaine de la santé, à l'intérieur comme à l'extérieur du secteur de la santé,
- garantir un financement durable à la promotion de la santé.

À cette fin, tous les échelons gouvernementaux doivent expliciter les conséquences pour la santé des politiques et de la législation, en utilisant pour cela des outils tels que les études d'impact sanitaire axées sur l'équité.

3. Faire de la promotion de la santé un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile

Ce sont souvent les communautés et la société civile qui prennent l'initiative de l'action de promotion de la santé, qui l'infléchissent et l'exécutent. Elles doivent pour cela disposer des droits, des ressources et des possibilités qui leur permettent d'apporter une contribution élargie et durable. Dans les

communautés moins développées, le soutien au renforcement des capacités est particulièrement important.
Des communautés bien organisées et plus autonomes jouent un rôle très efficace dans les décisions relatives à leur propre santé et sont en mesure de rendre les pouvoirs publics et le secteur privé responsables des conséquences sanitaires de leurs politiques et pratiques.
La société civile doit exercer son pouvoir sur le marché en donnant la préférence aux biens, aux services et aux actions des entreprises qui font preuve de responsabilité sociale.
Les projets communautaires de terrain, les associations de la société civiles et les organisations de femmes ont fait la preuve de leur efficacité en matière de promotion de la santé et offrent des modèles de pratiques dont d'autres pourraient s'inspirer.
Les associations professionnelles dans le domaine de la santé ont une contribution spéciale à apporter.

4. Faire de la promotion de la santé une exigence de bonne pratique au niveau des entreprises

Les entreprises ont un impact direct sur la santé des gens et sur les déterminants de la santé par leur influence sur :
- la situation locale
- les cultures nationales
- l'environnement, et
- la répartition des richesses.

Le secteur privé comme les autres employeurs et le secteur informel ont la responsabilité de garantir la santé et la sécurité sur le lieu de travail et de promouvoir la santé et le bien-être de leurs employés et ceux de leurs familles et de leurs communautés.

Le secteur privé peut également contribuer à atténuer les impacts plus larges sur la santé au niveau mondial, notamment les conséquences des changements environnementaux mondiaux, en respectant les réglementations et accords nationaux et internationaux de défense et de protection de la santé. Des pratiques commerciales éthiques et responsables et le commerce équitable sont des exemples du type de pratiques commerciales qui devraient être soutenues par les consommateurs et la société civile et par les gouvernements au moyen d'incitations et de réglementations.

UN ENGAGEMENT MONDIAL EN FAVEUR DU CHANGEMENT

Tous pour la santé

Pour tenir ces engagements, il faudra mieux appliquer les stratégies éprouvées et utiliser de nouveaux points d'entrée en ayant recours à des mesures novatrices.
Les partenariats, les alliances, les réseaux et autres collaborations offrent des moyens intéressants et utiles de rassembler des personnes et des organisations autour de buts communs et d'actions conjointes pour améliorer la santé des populations.
Chaque secteur – organisations intergouvernementales, gouvernements, société civile et secteur privé – a un rôle et des responsabilités propres.

Combler l'écart entre théorie et pratique

Depuis l'adoption de la Charte d'Ottawa, un certain nombre de résolutions ont été adoptées aux niveaux national et mondial à l'appui de la promotion de la santé mais elles n'ont pas toujours été suivies d'effet. Les participants à la Conférence de Bangkok demandent fermement aux États membres de l'Organisation mondiale de la Santé de s'efforcer de combler cet écart entre les textes et leur mise en oeuvre et de mettre en place des politiques et des partenariats pour l'action.

Appel à l'action

Les participants à la Conférence invitent instamment l'Organisation mondiale de la Santé et ses États membres, en collaboration avec des tiers, à allouer des ressources à la promotion de la santé, à établir des plans d'action et à en suivre l'exécution au moyen d'indicateurs et de cibles appropriés, et à rendre compte des progrès accomplis à intervalles réguliers. Les organisations des Nations Unies sont invitées à étudier les avantages que pourrait apporter un traité mondial pour la santé.

Partenariat mondial

La Charte de Bangkok invite toutes les parties prenantes à rejoindre les rangs d'un partenariat mondial destiné à promouvoir la santé et fondé sur l'engagement et l'action aux niveaux local et mondial.

Engagement en faveur de l'amélioration de la santé

Nous, participants à la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé à Bangkok (Thaïlande), nous engageons à promouvoir ces mesures et ces engagements en vue d'améliorer la santé.

11 août 2005

Note :
La présente Charte exprime l'avis collectif d'un groupe international d'experts participant à la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, Bangkok (Thaïlande), août 2005 et ne correspond pas nécessairement aux décisions ou à la politique officielle de l'Organisation mondiale de la santé.

NOTES PERSONNELLES

Vous pouvez poursuivre le débat en partageant votre analyse
de la Charte de Bangkok
sur le Forum de discussion du RÉFIPS – www.refips.org

Ouvrages déjà parus dans la collection PARTAGE

Promouvoir la santé,
réflexions sur les théories et les pratiques

Planifier pour mieux agir

Guide de référence pour l'action en promotion de la santé
Cahier de l'animateur

Des Trésors méconnus

Charte de Bangkok
Ancrage pour de meilleures pratiques
en promotion de la santé ?

À paraître

Le consensus informé
Un mode de consultation démocratique et citoyenne
en promotion de la santé
(titre provisoire)

Le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS) se veut un lieu d'échanges et d'entraide pour les professionnels de la santé intéressés par la promotion de la santé de leurs communautés respectives. Ses membres sont répartis sur une trentaine de pays de la Francophonie qui partagent un intérêt pour l'émergence de conditions favorables à la santé de leurs populations, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition de meilleures aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.

Internet : www.refips.org

ISBN 2-9804155-6-1